ZARYS
PATOLOGII I TERAPII
CHORÓB ŻOŁĄDKA.

NAPISAŁ

Dr. W. Jaworski,

docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

WARSZAWA.
CZCIONKAMI MARYI ZIEMKIEWICZ
Krakowskie-Przedmieście Nr. 17.

SKŁAD W KSIĘGARNI S. A. KRZYŻANOWSKIEGO
w Krakowie.

1889.

ZARYS
PATOLOGII I TERAPII
CHORÓB ŻOŁĄDKA.

NAPISAŁ

Dr. W. Jaworski,

docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

WARSZAWA.

CZCIONKAMI MARYI ZIEMKIEWICZ

Krakowskie-Przedmieście Nr. 17.

SKŁAD W KSIĘGARNI S. A. KRZYŻANOWSKIEGO

w Krakowie.

1889.

Дозволено Цензурою.
Варшава, 6 Марта 1889 года.

JWielmożnemu Panu Profesorowi

D-rowi EDWARDOWI SAS KORCZYŃSKIEMU

Dyrektorowi kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego, b. Dziekanowi Wydziału Lekarskiego itd. itd.

SWEMU CZCIGODNEMU NAUCZYCIELOWI

niniejszą pracę

poświęca

Autor.

Zachowanie się prawidłowego żołądka.

I. Rozpoznanie prawidłowego stanu żołądka czczego.

a) Okolica żołądka niebolesna. *b*) Pluskania w żołądku czczym wywołać nie można. *c*) Dolna granica wypukiem oznaczyć się nie daje, gdyż żołądek leży skurczony pod łukiem żebrowym lewym. *d*) Sondą nic lub tylko kilka cm^3 płynu można wydobyć. W celu zbadania treści czczej trzeba wprzód wlać nieco wody przekroplonej (100 cm^3 aq. d. J.). *e*) Treść czcza bez woni, opalizująca lub białawo-mętnawa. *f*) Oddziaływanie jej obojętne lub słabo kwaśne lub wreszcie słabo alkaliczne. *g*) Kwasota zaś mała, niewystarczająca jeszcze do sztucznego strawienia białka. *h*) Pepsyna i ferment sernikowy w małej tylko ilości się znajdują (Sch. B.), tak że treść czcza po zakwaszeniu kw. solnym tylko miernie trawi. *i*) Pod mikroskopem resztek pokarmów w treści czczej niema. *k*) Niema również i laseczników gnilnych, jakoteż nitek pleśni. *l*) Dostrzega się tylko smugi śluzu, przybłonek płaski, ciałka wypocinowe z różniczkującemi się jądrami. *m*) Przypadłości podmiotowych ani naczczo, ani po jedzeniu niema. (Dalsze uwagi patrz w Dodatku).

II. Rozpoznanie prawidłowej czynności żołądka.

W celu ocenienia prawidłowości lub nieprawidłowości w czynności żołądka, należy tenże rano naczczo wprowadzić w czynność, t. j. napełnić (zadrażnić) pewnemi pokarmami i mieć na względzie: *a*) Czas występowania maximum trawienia, *b*) Jakość składników miazgi pokarmowej podczas maximum trawienia, c) Czas wydalania pokarmów z żołądka, *d*) Stan żołądka po ukończeniu trawienia.

1. Jedno białko twarde z jaja kurzego i 200 $cm.^3$ aq. d. (G. i J.) wykazuje po 3 kwadransach najwyższą kwasotę 15—25=0,547—0,912 p. m. HCl przy oddziaływaniu na HCl bardzo wyraźnem, a zupełnym braku kw. organicznych. Po sześciu zaś kwadransach białko opuszcza żołądek, tak że po wlaniu 100 $cm.^3$ wody przekroplonej otrzyma się tylko ciecz obojętną lub słabo kwaśną, trawiącą krążek białka dopiero za dodaniem kw. solnego.

2. Po obiedzie próbnym Leubego, składającym się z talerza rosołu z kaszką, befsztyku, bułki i szklanki wody lub piwa najwyższa kwasota w 5-tej godzinie trawienia występująca, wynosi około 1,5—2,0 p. m. HCl=

40—56 (R.) przy oddziaływaniu na HCl bardzo wyraźnem. Zupełne strawienie tego obiadu w żołądku odbywa się w 7 godzin po spożyciu tegoż (L.).

3. Śniadanie próbne składające się z 35 gm. bułki (centowa bułka) i szklankę herbaty wykazuje najwyższą kwasotę po jednej godzinie wynoszącą około 30 — 50 = 1,095 — 1,460 HCl p. m. z oddziaływaniem na HCl bardzo silnem (E.). Trawienie żołądkowe śniadania ukończone w 2—2½ godzin po spożyciu (B.).

4. 200 cm.^{3} aq. d. lodem oziębionej dają po 10 minutach przebywania w żołądku czczym ciecz o kwasocie około 5—12 = 0,1642— 0,4380 p. m. HCl pochodzącej wyłącznie od zupełnie wolnego kw. solnego, a krążek białka zupełnie trawiącą (L. J. i G.).

5. Gąszcz z 10 gm. saga gotowanego przez półgodziny z wodą przekroploną do ilości 200 cm.^{3}, wykazuje po półgodzinnem przebywaniu w żołądku treść o kwasocie 15—30=0,5475—1,0950 pochodząca od zupełnie wolnego kw. solnego (J.).

Bliższe szczegóły dotyczące sposobu badania żołądka będą podane w dalszych ustępach.

Braku przypadów gastrycznych podmiotowych jako oznaki stanu prawidłowego żołądka uważać nie należy; gdyż mogą być znaczne zmiany czynnościowe, a nawet anatomiczne (zupełny brak chemizmu trawienia, zanik błony śluzowej i t. d.) a objawów podmiotowych ze strony żołądka niema (J.), podobnie jak to się dzieje z chorobami innych narządów np. w zgęszczeniu miąższu płucnego, z wadami zastawek serca wyrównanemi, z przewlocznem zapaleniem nerek i t. d. Niejeden chory podmiotowo nie uczuwa wcale, że ma tak ciężkie zmiany chorobowe, podczas gdy inny, posiadający je w daleko niższym stopniu czuje, iż jest ciężko chorym. Również nie można z podmiotowych przypadłości gastrycznych wnioskować o jakości zmiany chorobowej żołądka, gdyż u różnych osób ta sama zmiana chorobowa w żołądku przebiega pod różnemi przypadłościami żołądkowemi (J.).

Choroby żołądka na tle anatomicznem.

Choroby ostre.

III. Ostry nieżyt żołądka (*Gastritis acuta*).

1. Zmiany anatomiczne niezupełnie dokładnie znane: Błona śluzowa zaczerwieniona, rozpulchniona, przedstawiająca miejscami wybroczyny krwawe, pokryta pokładem śluzu zawierającym złuszczone komórki przybłonkowe śluzowo zwyrodniałe; komórki główne w gruczołach trawieneowych mocno ziarniste, skurczone i częściowo tłuszczowo zwyrodniałe; naczynia międzygruczołowe silnie krwią nastrzykane, a błona śluzowa i podśluzowa ciałkami wypocinowemi szczelnie wypełniona. Zmiany te obejmują albo błonę śluzową w całości, albo tylko miejscami, a najczęściej część odźwiernikową.

2. Zmiany czynnościowe mniej jeszcze są znane. W kilku przypadkach przezemnie przygodnie badanych, można było wnioskować na zmniej-

szenie wydzielania kw. żołądkowego, jakoteż na upośledzenie (właściwie znużenie) siły mechanicznej żołądka,. gdyż pokarmy dniem przedtem spożyte bywały niejednokrotnie wymiotowane.

3. Przyczyny. Ostry nieżyt żołądka wywołują szkodliwości działające na błonę śluzową jakoto: Użycie nadmiernej ilości pokarmów (przejedzenie się), lub napojów wyskokowych (przepicie się), albo spożycie ostrych, korzennych lub za kwaśnych potraw, napojów, leków, jakoteż niestosownych mięszanin pokarmów i napojów. Według podań chorych może wystąpić nieżyt ostry żołądka przez nagłe oziębienie tegoż pokarmami i napojami z lodu, lub przez oziębienie powierzchni ciała w zimnem powietrzu albo w kąpieli.

4. Objawy i przebieg. Choroba rozpoczyna się zwykle po znanej często dla chorego szkodliwości, niesmakiem, nudnościami, gnieceniem lub bólami w żołądku. Często występują wymioty, a nawet biegunka, szczególniej u dzieci, przedstawiając obraz chorobowy, *gastroenteritis acuta*. Wymiociny zawierają pokarmy niestrawione, w żołądku przez dłuższy czas zalegające. Wobec braku łaknienia i wzmożonego często pragnienia występują bóle głowy szczególniej w okolicy czołowej (bóle głowy gastryczne), ogólne osłabienie ciała i czynności umysłowych. U osób wrażliwych, szczególniej dzieci występują dreszcze, stan gorączkowy, nieprzechodzący zwykle 39° C., na wargach pęcherzyki (*herpes labialis*), przyczem mocz okazuje się ciemnym wysyconym moczanami, czyli jest to obraz pospolicie zwanego stanu chorobowego, *febris gastrica*. Choroba kończy się prawie zawsze wyzdrowieniem; nierzadko przechodzi jednak na dwunastnicę i i przewody żółciowe, czyli występuje *catarrhus gastroduodenalis* ze żółtaczką, którego przyczyny należy w tem szukać, że ostra treść żołądkowa przeszła do dwunastnicy i tę wraz z przewodami żółciowemi zadraźniła.

5. Rozpoznanie. Badanie zboczeń czynnościowych w celach rozpoznawczych nie jest jeszcze wyzyskane; dlatego rozpoznanie ostrego nieżytu opiera się obecnie jak i dawniej: *a*) na wyszukaniu momentu przyczynowego, który mógł wywołać stan chorobowy; *b*) na wykazaniu wypełnienia żołądka znaczną ilością pokarmów, albo na okazaniu się obfitych wymiocin, zwłaszcza jeżeli w nich można wykazać niestrawione, albo dzień przedtem jeszcze spożyte potrawy; *c*) na braku zmian przedmiotowych w innych narządach; *d*) na niestosunku między dość znacznemi podmiotowemi przypadłościami ogólnemi, a nieznacznem podwyższeniem ciepłoty ciała.

Rozpoznanie różniczkowe. Pewne rozpoznanie nieżytu ostrego żołądka możliwe jest tylko przez wykluczenie wszystkich chorób zakaźnych, ostro przebiegających, które w największej ilości przypadków rozpoczynają się przypadłościami gastrycznemi. W szczególności w praktyce lekarskiej chodzi: *a*) o wykluczenie róży, którą przed wystąpieniem zaczerwienienia skóry poprzedzają przypadłości gastryczne; *b*) o wykluczenie zimnicy, która przed rozwinięciem typowych napadów, a nawet zamiast tychże występuje w postaci przypadłości gastrycznych (*dyspepsia malarica*);—badanie termometryczne, wymiar śledziony, skuteczność podawania chininy może tu istotę choroby rozjaśnić. *c*) Nierównie częściej chodzi o wykluczenie duru brzusznego, za którym przema-

wia: wznoszenie się ciepłoty, powiększenie śledziony, różyczka w dołku podsercowym, brak *herpes labialis*.

6. L e c z e n i e. Zawieszenie czynności żołądka przez 2—3 dni, a względnie usunięcie pokarmów stałych, przyjmowanie płynów chłodnych kwaskowatych, a następnie dopiero powolne przechodzenie do pokarmów jak najmniej drażniących, które szczegółowo w rozdziale o „dyetetyce" wymienione będą. Przy zaleganiu pokarmów w żołądku, aspiracya treści i przepłókanie wodą zimną. W razie oporu przed przepłókaniem żołądka, środek wymiotny: *Pulv. Rad. Ipec.* 1,0 (16 gn.), *div. in p. aequales* IV *S.* Co pół godziny proszek, aż do skutku użyć. Rzadziej, z powodu silnego zadrażnienia żołądka, zapisujemy: *Tartari stib.* 0,2 (3 gn.) *aq. d.* 100 (3 unc.) *S.* na dwa razy w przeciągu pół godziny użyć; wreszcie podskórne wstrzykiwania *Apomorphini muriatici* 5—8 mg. ($^1/_{12}$—$^1/_8$ gn.) w rozczynie wodnym. Przy zaleganiu pokarmów w jelitach, środek przeczyszczający: najstosowniej najmniej drażniący *Ol. Ricini*; w razie nieznoszenia tegoż *Potio laxat. Viennensis* 100 (3 unc.), *Sal. Morschinensis* 20 (6 dr.) S. Co godzinę trzecią część, aż do skutku użyć; albo również z dobrym skutkiem woda Morszyńska w ilości $^1/_2$—1 szklanki wody z dodatkiem zimnej wody sodowej. W razie zgagi, palenia, odbijania: sól karlsbadzka w proszku (*Natürliches Karlsbader Sprudelsalz pulverförmig*) 1—2 łyżeczek na $^1/_2$—1 szklanki wody zimnej z dodatkiem wody sodowej. Jako leku stosować należy *Ac. hydrochlor. dil.* 2,0 (30 gn.), aq. d. 200 (6 unc.) S. Co dwie godziny po łyżce ze zimną wodą użyć. Albo w postaci wody sodowej kwaśnej (według przepisu Tow. Lek. Krak., wyrobu Rzący i Chmurskiego w Krakowie) zawierającej 1,0 *ac. hydrochlor. off.* na 1000 aq. d. przesyconej kw. węglowym, po pół szklanki na raz użyć. Przy trwaniu bólów pomimo skutecznego zastosowania środków wymiotnych lub przeczyszczających, *Aq. laurocerasi* 10,0 (2$^1/_2$ dr.), *Morphii mur.* 0,1 (1$^1/_2$ gn.) S. po 10 kropel kilka razy dziennie użyć; a wreszcie jako środek odwodzący gorczyczniki na dołek podsercowy. Jeżeli przyczyną choroby jest przeziębienie, lub towarzyszy biegunka, to okłady z opasek maczanych w wodzie wrzącej, albo kąpiele o ciepłocie 40° C. i picie naparów gorących jako środków napotnych ze zwyczajnej herbaty (2—3 szklanki), kwiatu bzowego lub lipowego.

IV. Gastritis toxica.

Sprawa chorobowa najwięcej zbliżona do *gastritis acuta*; powstaje bowiem przez działanie istot trujących lub żrących na błonę śluzową żołądka, w skutek czego ta nietylko może przejść w stan zapalny, ale nawet w zupełności być zniszczoną. Zmiany chorobowe żołądka powstające na tle zatruć na tem miejscu pomijamy.

V. Gastritis phlegmonosa v. purulenta.

Ropne zapalenie żołądka.

Sprawa toczy się w błonie podśluzowej żołądka i polega na nacieku ropnym miejscowym (ropniu) albo rozlanym. Choroba przebiega przy objawach bólów, gorączki, zapadu ogólnego. Przytem zdarza się najczęściej przebicie ropy do jamy otrzewnej, zapalenie tejże i zejście śmiertelne. Jestto to jednak cho-

roba rzadka, a rozpoznanie wątpliwe i tylko w tym razie możliwe, jeżeli nagle znaczna ilość ropy bywa wymiotowana a pochodzenie tejże z innych dróg pokarmowych jakoteż oddechowych wykluczone być może.

Przewłoczne choroby żołądka na tle anatomicznem.

Choroby przebiegające ze wzmożonem wydzielaniem soku żołądkowego.

Stanowią one przeszło 60$^0/_0$ wszystkich chorób żołądkowych (J. B.).

VI. Nadmierna kwaśność podczas trawienia.

Hyperaciditas digestiva (R. J.). *Dyspepsia acida* (E.).

Zmiana przypuszczalna w błonie śluzowej polega na silnem przekrwieniu tejże podczas aktu trawienia.

Zboczenie czynnościowe najważniejsze objawia się nadmiernie wzmożonem wydzielaniem kw. solnego, a równocześnie pepsyny i fermentu sernikowego na szczycie trawienia.

Etyologia: Występuje szczególnie u młodszych osób albo z natury wrażliwych, albo niezważających wiele na dyetetyczne żywienie się, wskutek czego błona śluzowa żołądka staje się pobudliwszą.

Objawy podmiotowe nie są stałe i cechujące. Zwyczajnie dopiero w czasie trawienia występują przypadłości gastryczne, jak uczucie ciężkości, gniecenia w żołądku, odbijanie, ziewanie kurczowe, ociężałość ogólna, bóle głowy w części czołowej (ból głowy gastryczny). U wrażliwych niewiast występują równocześnie z bólami uważanemi jako nerwoból (*cardialgia*) żołądka, wymioty spożytych pokarmów, poczem przypadłości gastryczne ustępują.

Choroba jest długotrwała i prawdopodobnie może przejść w trwałe wydzielanie kw. solnego.

Rozpoznanie polega: *a*) Na wykazaniu stosunków prawidłowych w żołądku czczym; *b*) a nadmiernej kwasocie treści żołądkowej przy próbach trawienia. Przy obiedzie próbnym Leubego może kwasota przenosić nawet 100=3,6 p. m. HCl (R.), podobnie i przy innych próbach przekracza granice wyżej dla stanu prawidłowego podane. *c*) Mechanizm trawienia badany powyższemi próbami zwykle prawidłowy, lecz pomimo zniknięcia treści pokarmowej z żołądka w prawidłowym czasie, kwasota pozostałej cieczy żołądkowej wystarcza przynajmniej do sztucznego trawienia białka.

Leczenie jest równocześnie miejscowe i ogólne. Leczenie miejscowe polega na użyciu pokarmów najmniej do wydzielania pobudzających, i systematycznem stosowaniu rano naczczo wód alkalicznych ogrzanych jakoto: (Szczawnica ze źródła Magdaleny, Carlsbad, Vichy (Grand-Grille), Vals, Biliny, w lżejszych przypadkach Luhaczowicze ze źródła Wincentego, Gleichenberg ze źródła Konstantego i Ems ze źródła Wiktoryi), w celu zmniejszenia wrażliwości błony śluzowej. Jako środki symptomatycznie podczas występowania przypadów gastrycznych działające: napary letnie: z herbaty, kawy czarnej; *aq. calcis* 2—6 łyżek, lub powyższe wody alkaliczne; *magnesia usta* na koniec noża; *natrium hydrocarbonicum* 0,5 (8 gn.) *pro dosi.* Ogólne leczenie ma na celu skrzepienie układu ner-

wowego i zniżenie wrażliwości na odczuwanie stanu chorobowego. Poleca się przeto dłuższe stopniowane leczenie hydryatyczne, powietrze górskie, gimnastyka i t. d. zapisując równoczesnie *kalium* lub *natrium bromat.* z *natrium bicarb. aa* 0,5 (8 gn.) *p. dosi*, 3 razy dziennie.

VII. Sokotok żołądkowy (Rm.).

Gastrorrhöe acida (Rm. J.) *v. Hypersecretio chronica* (R.).

Zmiana przypuszczalna w błonie śluzowej polega na trwałem przekrwieniu błony śluzowej (J.), a według innych autorów na tle nerwowem (R. N.) Zboczenie czynnościowe polega na ciągłem a wzmożonem wydzielaniu kw. solnego, pepsyny (J.) i fermentu sernikowego (B.).

Etyologia. Tem cierpieniem obarczone bywają osoby młode niedokrwiste, ze sfery inteligencyi, szczególniej młodzi izraelici, uczący się talmudziści.

Objawy i przebieg. Obok objawów miejscowych tak zwanych gastrycznych istnieją objawy odległe w postaci różnorodnych sensacyj, które mogą nad gastrycznemi górować. Gastryczne objawy nie są swoiste; najczęściej występuje uczucie gorąca lub chłodu w okolicy żołądka, gniecenie lub palenie wzmagające się podczas trawienia; pragnienie i łaknienie raz wzmożone, drugi raz upośledzone: odbijanie puste lub kwaśne, a u wrażliwych osób wymioty. W odległych okolicach ciala jak w nogach, rękach, lędźwiach, grzbiecie zmiany w czuciu, mrowienie, palenie, a nawet przejściowa przedmiotowo dająca się wykazać nadczułość skóry. Szczególniej okolica żołądka w dołku podsercowym bywa przy dotykaniu bolesna. Choroba jest długotrwałą i zmienną tak że natężenie objawów przez pewien czas słabnie, by potem tem silniej wystąpić.

Rozpoznanie polega na badaniu wewnętrznem żołądka: *a*) W żołądku czczym mierna tylko ilość treści bezbarwnej lub opalizującej, dającej się z trudnością wyciągnąć; dla otrzymania większej ilości treści żołądkowej trzeba wprowadzić wprzód wodę przekroploną (100 cm.) do żołądka. *b*) Ciecz czcza nawet po rozcieńczeniu wodą wprowadzoną do żołądka wykazuje siłę trawiącą i zupełnie wolny kw. solny. *c*) Pod mikroskopem mierna ilość jąder ciałek wypocinowych w postaci jasnych ciałek ułożonych w gromadki. *d*) Brak morfotycznych składników z błony śluzowej, jakoteż zupełny brak szczątków pokarmów. *e*) Próby żołądkowe wykazują na szczycie trawienia kwasotę pochodzącą od wolnego kw. solnego, tego samego stopnia co i przy *hyperaciditas digestiva*, przytem kilkakrotnie wyższa, od kwasoty treści żołądka czczego. *f*) Wydalanie treści żołądkowej co do czasu jest albo prawidłowe, albo nie wiele opóźnione (J. i G, R.).

Leczenie odbywa się podobnie jak w zboczeniu pod VI opisanem, wymaga jednak dłuższego czasu i większych dawek i jest również miejscowe i ogólne. Symptomatycznie okazują się skutecznemi: *Natrium bicarbon.* 0,5—1,0 (8—16 gn.), *Extr. belladonae* 0,02 (1/3 gn.) f. p. trzy proszki dziennie użyć; dla uśmierzenia bólów *Natrium bicarbon.* 1,0 (16 gn.), *Morphii mur.* 0,01 (1/6 gn.), *Cocain. muriat.* 0,02 (1/5 gn.) f. p. Również napary z *flor. Chamomillae*, *Herba centaurei minoris* i innych gorzkich ziół łagodzą dolegliwości żołądkowe (J. Rm.). Ważnem jest leczenie ogólne pokrzepiające układ nerwowy i odżywie-

nie, jakoteż wywieranie wpływu psychicznego odwracającego uwagę chorego od jego cierpień. Również korzystnem okazuje się posyłanie chorych do zdrojowisk (Karlsbad, Szczawnica, Vichy, Vals, Ems, Gleichenberg, Tarasp). Jeżeli w tych zdrojowiskach odżywienie podupadło, to następowe leczenie w zakładach klimatycznych, hydryatycznych, albo w szczawach żelazistych (Krynicy, Żegiestowie, Franzensbadzie i t. d.), które to szczawy dość często nie bywają znoszone, co należy wprzód wypróbować przez podawanie przetworów żelezistych (*ferrum bicarbonicum* albo *hydrogenio reductum*). Najważniejszym czynnikiem następowego leczenia jest podniesienie odżywienia przez stosowną dyetę, gdyż doświadczenie poucza, że jeżeli odżywienie i niedokrwistość się poprawiają, objawy podmiotowe i przedmiotowe się zmniejszają.

VIII. Nieżyt kwaśny żołądka.

Gastritis chronica acida v. Catarrhus ventriculi hypertrophicus v. acidus (J.).

1. Z m i a n y a n a t o m i c z n e: Błona śluzowa szaro-łupkowo zabarwiona, pokryta mierną ilością szarawo-żółtawego śluzu, w całości zgrubiała, przedstawia obraz *état mamelonné* (J.) z powodu przerostu tkanki łącznej międzygruczołowej, wypełnionej licznemi komórkami wypocinowemi; gruczoły trawieńcowe wydłużone, komórki główne w nich obrzękłe i częściowo ziarnisto zmienione. Błona podśluzowa i mięsna również zgrubiałe z powodu wytworzenia się tkanki granulacyjnej. Żołądek w całości rozszerzony.

2. Z b o c z e n i a c z y n n o ś c i o w e polegają na trwałem wydzielaniu soku żołądkowego i upośledzeniu wydalania treści z żołądka.

3. E t y o l o g i a. Przeważnie zdarza się nieżyt kwaśny w średnim wieku, wskutek dłuższego używania niestosownych mięszanin pokarmów; korzennych i ostrych potraw, nadzwyczaj często w pierwszych latach nadużywania wódki (nieżyt kwaśny pijacki). Przypuszczalnie powstaje on po powtarzających się nieżytach ostrych żołądka, jakoteż wskutek dłuższego trwania sokotoku przez ciągłe działanie silnie trawiącej treści na błonę śluzową żołądka.

4. O b j a w y i p r z e b i e g. Przypadłości gastryczne górują nad odległemi, nie są jednak swoistemi. Gniecenie, palenie, gryzienie (jakoby robaka), rznięcie, zgaga, odbijania kwaśne powiększają się po wypełnieniu żołądka pokarmami stałemi. W miarę pogarszania się sprawy chorobowej (upośledzenia wydalania), występują te dolegliwości coraz później, a zwykle w godzinach popołudniowych albo nocnych są największe. Pomimo to łaknienie i pragnienie jest wzmożone „wilczy apetyt“. Zwykle bywa bolesność przy dotykaniu żołądka szczególniej w części odźwiernikowej, chlupanie w żołądku czczym, a w takich przypadkach co kilka dni wymioty z powodu zalegania pokarmów, poczem następuje ulga co do przypadłości gastrycznych. W dalszym ciągu choroby odżywienie znacznie podupada, chorzy stają się niedokrwiści. Ilość chloru w moczu się zmniejsza, a przy ciągle trwających wymiotach zupełnie znika; chorzy okazują objawy głodu chlorowego i wodnego (kurcze w kończynach, apatya), zapad; w obec czego może nastąpić zejście śmiertelne wskutek inanicyi.

5. R o z p o z n a n i e: *a*) Z żołądka czczego b e z p o p r z e d n i e g o w l a n i a wody wydobywa się znaczniejszą ilość cieczy mętnawej białawej ze strzępami

białemi; często jednak bywa barwa żółtawo-zielona, lub niebieskawo-zielona z podobnie zabarwionemi strzępami, powstałemi wskutek wlewania się żółci do żołądka przez podrażnienie dwunastnicy do ruchów przeciwrobaczkowych, zadziałaniem silnie kwaśnej treści na nią. *b*) W przesączu kw. solny częściowo lub też niekiedy całkowicie utajony (J.); wskutek tego *c*) siła trawiąca albo dobrze utrzymana, albo zniesiona, lecz za dodaniem HCl zawsze się pojawiająca, podobnie i ferment sernikowy stale się znajduje (B.). *d*) Oddziaływanie na pepton a często i na białko wyraźne. *e*) W treści czczej ogromna ilość ciałek wypocinowych z częściowo nadtrawionêm pierwoszczem, całe płaty łuszczącego się przybłonka wałeczkowego ziarnisto zmienionego, a czasem nawet wypadnięte gruczoły trawieńcowe; *f*) Próby żołądkowe wykazują maximum kwasoty nie o wiele wyższe, a niejednokrotnie nawet niższe, niż treści czczej, jakoteż *g*) znacznie upośledzone wydalanie pochodzące raz z osłabienia kurczliwości ścian żołądka, a drugi raz z powodu powracania zbyt kwaśnej treści z dwunastnicy na powrót do żołądka. *h*) Chlupanie w żołądku czczym sięgające do pępka, (objaw rozstrzeni). A w takich przypadkach można w treści czczej dostrzedz pod mikroskopem resztki pokarmów. W celu otrzymania czystego soku czczego należy wypłókać wieczorem żołądek wodą ciepłą, a przeczekawszy bez pokarmów aż do dnia następnego, rano badanie przedsiębrać (p. XVIII).

6. Leczenie jest przeważnie miejscowe skierowane na błonę śluzową. Zawieszenie o ile możności czynności żołądka byłoby najpożądańszem. W przybliżeniu staramy się to osiągnąć przez ograniczenie dyety do pokarmów stałych, jak najmniej drażniących a kw. solny zużywających; a jeżeli i te sprawiają dolegliwości, to uśmierzamy bóle, alkaliami i narkotykami jak przy sokotoku (p. VII). Przy często towarzyszącem zaparciu stolca stosujemy *Magnesia usta* 0,5 (8 gn.), *Extr. Belladonae* 0,02 ($^1/_3$ gn.) *f. past. comp.* S. 2—3 pastylki dziennie. Przy znacznych bólach okazuje się potrzeba wstrzykiwań 0,01—0,015 ($^1/_6$—$^1/_4$ gn.) *morphii muriatici.* Naparów i innych płynów, których chorzy bardzo pragną w celu złagodzenia symptomatycznego bólów mniej chętnie tu stosujemy, obawiając się powiększenia rozstrzeni. Natomiast łagodzimy pragnienie przez podanie kilka razy dziennie letnich lawatyw wodnych ze szklanki wody i $^1/_2$—1 gm. (8—16 gn.) soli kuchennej, a w razie potrzeby 5 kropel *tinctura opii simplex.* Nadto polecamy pilne płókanie jamy ustnej herbatą zimną. Wrażliwość błony śluzowej, która powstała działaniem treści zbyt kwaśnej zmniejszamy przez płókanie żołądka letniemi (38° C.) jednoprocentowemi roztworami wodnemi sody lub boraksu, albo wodami alkalicznemi. Wreszcie polecamy zdroje o wodach ciepłych silnie alkalicznych [Karlsbad, Vichy, Vals, Szczawnica (grzana), Tarasp (grzana)]. Wystrzegać się zaś należy energicznych zabiegów wodoleczniczych, znacznej pracy fizycznej, ruchu np. po górach, a to z powodu, że następuje zużycie materyi, której nie można przez wprowadzenie większej ilości pokarmów bez szkody dla żołądka wynagrodzić. Natomiast działają w nieżycie kwaśnym skutecznie: przebywanie w miejscach słonecznych, południowych miejscach klimatycznych, ciepłe kąpiele ogólne, wilgotne opaski ciepłe na brzuch. Bardzo często przypada jeszcze w tej formie chorobowej leczyć równocześnie rozstrzeń żołądka, o czem będzie mowa w osobnym ustępie.

IX. Wrzód okrągły żołądka (*Cruveilhier*).

(*Ulcus ventriculi simplex, U. rotundum, U. perforans, U. chronicum, U. pepticum*).

1. Zmiany anatomiczne. Ubytki najczęściej okrągławe pojedyńcze lub wielorakie drążące od błony śluzowej lejkowato wgłąb przebijające często wszystkie warstwy żołądka i ściany jego. Lecz w mniejszej połowie przypadków następuje przebicie, raz z powodu poprzedniego wytworzenia się blizn, które niejednokrotnie ściągają żołądek i zmieniają jego postać, a powtóre, że w innych przypadkach występuje zlepienie zapalne zewnętrznej ściany żołądka ze sąsiedniemi narządami (trzustką, śledzioną, wątrobą, poprzecznicą i t. d.) przeszkadzające dostaniu się treści żołądkowej do jamy otrzewnej. Natomiast częściej zdarzają się niebezpieczne przebicia wrzodów do światła większych rozgałęzień naczyń (*Aa. lienalis, coronaria, gastroepiploicae*). Otoczenie wrzodu przedstawia zgrubiałą twardą tkankę łączną, niekiedy tak znacznej grubości szczególniej na odźwierniku, że przybiera postać guza. Odleglejsze części błony śluzowej znajdują się w stanie nieżytu przewłocznego (przerostowego). Według umiejscowienia przypada wrzód okrągły na tylną ścianę w 40%, na krzywiznę małą w 25%, na odźwiernik w 15% przypadków wrzodu, z czego wynika, że wrzód okrągły znajduje się przeważnie w częściach żołądka badaniu niedostępnych zewnętrznemu.

2. Etyologia. Wrzód żołądka jest cierpieniem częstem, częstszem, niż rak żołądka; napotyka się w 5% zwłok (Brinton) a przeszło 10% chorych żołądkowych (K. i J.). Zdarza się przeważnie w wieku młodszym i to częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn, czego jednak w praktyce lekarskiej niezauważyłem. Bardzo stałym objawem przy wrzodzie żołądka jest nieżyt kwaśny (*catarrhus acidus* K. i J.), stąd należy wnioskować, że do wytworzenia się wrzodu potrzebne są pewne zmiany anatomiczne w błonie śluzowej, przebiagające równocześnie z trwałem wydzielaniem nadmiernie trwającego soku żołądkowego. Nieżyt kwaśny tak często łączy się z wrzodem żołądka, że przy długiem trwaniu tegoż należy się spodziewać wytworzenia wrzodu żołądka. Inni autorowie (V., R., Rothschild, Vogel) niebadając czczego żołądka znaleźli stałe występowanie nadmiernej kwasności (2—4%, HCl) podczas trwania (*Hyperaciditas digestiva*) w przebiegu wrzodu żołądka. Niektórzy zaś autorowie (Ritter, Hirsch, Gh.) napotykali także przypadki wrzodu bez podniesienia nadmiernego wydzielania kw. solnego, które to zjawisko niżej się bliżej wyjaśni. Równocześnie z wrzodem żołądka napotykana niedokrwistość, blednica, zwyrodnienie naczyń, należy o tyle uważać jako będące w związku z wrzodem, o ile z tymi chorobami łączy się nieżyt żołądka. Powstawanie wrzodu z przyczyny zmian w mózgu i móżdżku (Schiff) nie da się wykluczyć, może jednak w obec powyższych wyjaśnień zdarzyć się tylko w nielicznych przypadkach. Podobnież do rzadkości należy zaliczyć powstawanie wrzodu po urazach na okolicę żołądka (Ritter i Hirsch), jakoteż po użyciu gorących potraw (Decker).

3. Objawy chorobowe są w znacznej części te same, co przy nieżycie kwaśnym (p. VIII). Poprzedzają one najczęściej wystąpienie wrzodu i uniemożebniają niejednokrotnie rozróżnienie nieżytu kwaśnego od wrzodu żo-

łądka. Zawsze jednak, jeżeli nieżyt kwaśny trwa latami, przypuszczenie wrzodu okrągłego jest uzasadnione. B ó l e o s t r e jakie przy nieżycie kwaśnym samodzielnie lub po jedzeniu występują są przy wrzodzie przeszywające, a jeżeli rozpromieniają się ku kręgosłupowi, to prawdopodobnie leży wrzód w tylnych częściach żołądka, jeżeli zaś zależne są od bocznego położenia, to siedzibą wrzodu jest odźwiernik albo dno żołądka; przy istnieniu bólu dotykowego pod łukiem żebrowym lewym, możliwy jest wrzód na przedniej ścianie. Użycie twardych potraw potęguje bóle, i z tego powodu istnieje u chorych, pomimo wzmożonego łaknienia i pragnienia obawa przed jedzeniem, chociaż bywają wyjątki, że chorzy pomimo bólów nie są w stanie powstrzymać się od użycia znacznych ilości pokarmów. Są znów przypadki wrzodu przebiegające z nadmierną kwasnością w żołądku, w których użycie pokarmów szczególniej ciekłych łagodzi na pewien czas bóle. W y m i o t y w przebiegu wrzodu częściej występują, niż w samym nieżycie kwaśnym, gdyż w $^{4}/_{5}$ przypadków (Brinton), a to prawdopodobnie w skutek szerzenia się wrzodu i podrażnienia zakończeń nerwowych. Wymioty krwawe zdarzają się w $^{1}/_{3}$ przypadków wrzodu, przebicia zaś wrzodu do jamy otrzewnej w 13% (Gh.). To ostatnie objawia się nagłem wystąpieniem silnego bólu rozprzestrzeniającego się szybko po całej jamie brzusznej, bębnicą, drażnieniem do wymiotów, zapadem, poczem następuje śmierć. Rzadko zaś zdarza się, że po przebiciu żołądka przez wrzód, tworzą się przetoki do sąsiednich narządów lub ropnie, które wywołują tylko ograniczone zapalenie otrzewnej. W r z ó d ż o ł ą d k a t r w a c a ł e m i l a t a m i, nawet lat trzydzieści; lecz wśród tego istnieją najczęściej zupełnie od podmiotowych przypadłości wolne przerwy, podczas gdy w innych przypadkach szybciej przebiegających tego rodzaju przerw niema, tylko objawy gastryczne ciągle trwają, a od czasu do czasu występuje większe nasilenie tychże. Pochodzi to stąd, że tworzą się na innych miejscach błony śluzowej nowe wrzody. W tego rodzaju przypadkach chorzy są niedokrwiści i w odżywianiu podupadli. Istnieją jeszcze nierzadko przypadki, w których bez poprzedzenia objawów podmiotowych, pojawiają się nagle przedmiotowe objawy wrzodu utajonego jako to: wymioty krwawe, bóle silne, przebicie ścian żołądka i rychłe zejście śmiertelne.

B a d a n i e w e w n ę t r z n e żołądka podczas tworzenia się wrzodu daje wyniki charakterystyczne i rzuca światło na warunki powstawania tegoż. Wielokrotne spostrzeżenia (K. i J.) pouczyły, że przed wystąpieniem objawów wrzodu, kwasota treści żołądka czczego jest najniższą. Z dnia na dzień w miarę występowania objawów wrzodu (bólów, wymiotów) t. j. szerzenia się wrzodu, s t o p i e ń k w a s o t y s z y b k o s i ę p o d n o s i, a najwyższy jest w wymiocinach krwawych, pomimo tego, że krew znaczną część kw. solnego zobojętnia i do trawienia zużywa. Jeżeli chory nie ulegnie wymiotom krwawym, to w miarę ustępowania objawów wrzodu, stopień kwasoty treści żołądkowej opada do stanu pierwotnego, a nawet może być normalny; stąd pochodzi sprzeczność, że niektórzy autorowie badając chorych w tym okresie choroby znaleźli w przypadkach wrzodu także i niskie stopnie kwasoty. Ponieważ na miejscach blizn po wrzodzie okrągłym, może się wytworzyć utkanie rakowe (Hauser), to

może zajść nawet przypadek, że u chorych, u których dawniej stwierdzono wrzód żołądka, później w czasie rozwoju utajonego nowotworu, okazuje się w treści żołądkowej zupełny brak oddziaływania na kw. solny.

Następstwa wrzodu okrągłego, jeżeli tenże wskutek krwotoków lub przebicia nie sprowadza zejścia śmiertelnego, mogą objawić się zaciśnięciami bliznowatemi, które mogą wytworzyć przesznurowanie żołądka (postać klepsydrowata, uchyłki), przylutowaniem tegoż do sąsiednich narządów, a wskutek tych zmian mogą wywołać objawy charakterystycznej rozstrzeni (*ectasia paradoxa* J.) i przypadłości gastryczne uporczywie trwające, jak bóle, wymioty, których przyczyny zwykle dociec nie można. Najwięcej znane są ściągnięcia bliznowate błony śluzowej części odźwiernikowej żołądka prowadzące do zmniejszenia światła odźwiernika i do następowej rozstrzeni całego narządu. W tych przypadkach może odźwiernik przedstawić w okolicy pępka opadnięty wyczuwalny a nawet bolesny guz, pochodzący albo wskutek przerostu warstw i tkanki bliznowatej, albo wskutek złogów wypocinowych, naokoło odzwiernika otorbionych. Niekorzystnem następstwem wrzodu jest upadek odżywiania, jak to ma miejsce w tych przypadkach, gdzie objawy wrzodu (ból, krwotok) w niedługich odstępach czasu się powtarzają, a nieżyt kwaśny trwa ciągle, odżywienia zaś nie można podnieść ze względu na chorobę przez forsowniejsze żywienie i zapobiedz rozwijającemu się charłactwu.

4 Rozpoznanie wrzodu żołądka opiera się na zbiorze pewnych objawów: *a*) Jeżeli występują bóle mające wyżej opisaną cechę, przyczem często istnieje wzmożone pragnienie i łaknienie. *b*) Jeżeli przez badanie wewnętrzne żołądka wykazujemy obecność nieżytu kwaśnego, który to nieżyt albo trwa dłuższy czas (przeszło trzy lata wedłu Gh.), albo da się wykazać nagłe wzmaganie tegoż (K. i J.) objawiające się wznoszeniem stopnia kwasoty treści żołądkowej. *c*) Jeżeli występują wymioty krwawe (fusowate), lub stolce smołowe ubarwione przy objawach, które jeszcze niżej opisane będą. *d*) Jeżeli występują następstwa wrzodu, jakoto: rozstrzeń, albo nawet wyczuwalny guz, który daje się odnieść do odźwiernika, a trwanie jego przynajmniej trzy lata wynosi.

Rozpoznanie różniczkowe wrzodu a raka, jako też nerwobólu żołądka będzie później podane. Należy jeszcze odróżnić wrzód żołądka od wrzodu dwunastnicy. Jako objawy cechujące ten ostatni bywają podawane: *a*) Wystąpienie objawów wrzodu po oparzeniach skóry. *b*) Pojawianie się bólów ostrych w 4—7 godzin po jedzeniu. *c*) Brak wymiotów krwawych, a stałe występowanie tylko stolców czarnych. *d*) Wytworzenie się rozstrzeni żołądka, przy ciągłem wlewaniu się i przebywaniu żółci w żołądku i pojawianiu się wymiotów żółciowych (Cahn). Nie należy jeszcze pomieniać wrzodu żołądka z kolką żółciową (napady *cholelithiasis*), co według mego doświadczenia dość często się dzieje i zwykle dopiero przez wystąpienie żółtaczki pomyłka się wyjaśnia. Wprawdzie obydwa stany chorobowe mają pewne objawy wspólne: ostre bóle tak dotykowe jakoteż samowolne, najczęściej od dołka podsercowego się rozpoczynające, wymioty, obawę przed jedzeniem; jednak należy uwzględnić następujące szczegóły: *a*) Przy kolce żółciowej poja-

wiają się często dreszcze i poty; *b*) napady gorączki; *c*) natomiast brak nieżytu kwaśnego, dający się przez badanie wewnętrzne żołądka wykazać. Udało mnie się np. u pięćdziesięcioletniego mężczyzny, który całemi latami był leczony przez różnych kolegów i przezemnie na cierpienie żołądkowe wykazać przez sondowanie nie tylko stan prawidłowy żołądka, ale nadto z żołądka czczego można było wyciągnąć konkrementa żółciowe wielkości prosa, co dopiero rozpoznanie umożliwiło. Dlatego w wątpliwych przypadkach kolki żółciowej należy nietylko dla rozpoznania przedsiębrać sondowanie, ale i z tego powodu, aby przez wywołanie ruchów robaczkowych ułatwić przejście kamyków. W przypadkach wątpliwych wrzodu żołądkowego poleca L. swój sposób dyetetycznego leczenia, który jeżeli zastosowany, nieodnosi żadnego skutku w przeciągu 4 tygodni, to chorobę nie należy uważać za wrzód okrągły. Ten nieszkodliwy sposób rozpoznawczy niepozwala jednak odróżnić wrzodu od nieżytu kwaśnego, który również pod wpływem powyższego postępowania poprawić się musi.

5. R o k o w a n i e w wrzodzie żołądka, jest ze względu na następstwa (krwotok, przebicie, zwężenie odźwiernika), tak co do życia, jako też samego narządu n i e p e w n e. Niekorzystne okazuje się rokowanie w przypadkach, gdzie pomimo ustąpienia objawów wrzodu, trwa ciągle nieżyt kwaśny, należy się bowiem obawiać odnowienia, lub wytworzenia wrzodu. Pomyślniejszem zaś jest rokowanie jeżeli w przebiegu wrzodu kwasota i inne objawy nieżytu kwaśnego ustępują, a nawet wystąpienie nieżytu śluzowego można uważać jako wynik względnie pomyślny, gdyż zabezpiecza on przed wytworzeniem wrzodu. Złe odżywienie w przebiegu wrzodu niekorzystnie wpływa na rokowanie, niedaje bowiem rękojmi rychłego zabliźnienia się wrzodu.

6. L e c z e n i e w r z o d u zmierza przedewszystkiem ku temu, aby usunąć wszelkie szkodliwości, jakie zabliźnieniu przeszkadzają. Aczkolwiek przy prawidłowych warunkach nawet kilkocentymetrowe ubytki błony śluzowej żołądka w krótkim czasie bez śladu się goją (L. Körte), to zabliźnieniu wrzodu okrągłego stoi na przeszkodzie czynność mechaniczna i chemiczna żołądka, obecność nieżytu kwaśnego i rozwijająca się niedokrwistość, która opóźnia zabliźnienie (Quincke, Daettwyler). Czynność żołądka powstrzymać możemy przez ścisłą dyetę i dobór odpowiednich pokarmów. O stosowaniu żywienia dyetetycznego, jednego z najważniejszych czynników leczenia wrzodu okrągłego będzie mowa w drugiej części niniejszego Zarysu. W celu usunięcia nieżytu kwaśnego postępuje się według ustępu VIII, tak że leczenie wrzodu niepowikłanego jest po większej części zgodne z leczeniem nieżytu kwaśnego.

Leczenie wrzodu należy przeprowadzić o ile możności przy zachowaniu największego spokoju, najlepiej trzymając chorego w łóżku przez 4—6 tygodni, gdyż przed tym czasem zabliźnienia wrzodu spodziewać się nie można. Według L. oprócz zachowania się dyetetycznego, które w drugiej części Zarysu będzie opisane, stosuje się ciepłe kataplazmy (w razie obawy krwotoku worek lodowy) na okolicę żołądka. Wewnętrznie dostaje chory naczczo łyżeczkę soli karlsbadzkiej (Sprudelsalz pulverförmig, dawniej Quellsalz zwaną) na pół litra letniej wody, która ma być w trzech dawkach w przeciągu jednej godziny

wypitą, albo tyleż letniej wody karlsbadzkiej. W tej samej ilości, można stosować, jak to przy nieżycie kwaśnym (VIII) wskazane, letnią wodę Szczawnicką, Vichy, Tarasp, Rohitsch. Jeżeli pomimo powyższego leczenia nieustępują bóle to podaje się 20 kropel *Aq. laurocerasi* 20 (6 dr.) *c. Morphio mur. et Cocaino mur. aa* 0,1 ($1^3/_5$ gn.) kilka razy dziennie. Jednak narkotyka uśmierzając bóle sprawiają z drugiej strony to, że chorzy cierpiący na podwyższenie łaknienia, popełniają łatwo błędy dyetetyczne (Gerhardt). W celu uśmierzenia wymiotów, które są bardzo niekorzystnem powikłaniem, gdyż poprzedzają zwykle krwotok, stosujemy połykanie kawałków lodu, morfinę jak wyżej, lub *Tinct. Opii simplex* po 15 kropli na dawkę. A jeżeli przyczyną drażnienia na wymioty jest treść zalegająca w żołądku najstosowniejszem jest wypróżnić żołądek za pomocą sondy. Empirycznie polecają przeciw wymiotom, *Creosoti gutt.* I. albo *Tinct. Jodi gutt.* II na pół szklanki wody cukrowej, jakoteż gorczyczniki na dołek podsercowy. Przy silnem pragnieniu, jakie bywa w przebiegu wrzodu, połączonego z wymiotami stosuje się wodne lawatywy małe, kilka razy dziennie, z któremi możemy połączyć żywienie przez odbytnicę, biorąc na jednę lawatywę szklankę mleka słodkiego lub wody, 1—2 łyżeczek koniaku, jedno jaje i 2 kawałki cukru. W razie niemożności utrzymania lawatywy, 5—10 kropel *Tinct. Opii simplex.* Większe zaś lawatywy wodne (1—$1^1/_2$ litra), nie tylko uśmierzają pragnienie ale sprawiają i wypróżnienia, które przy wrzodzie żołądka są często zatrzymane, a użycie środków drastycznych jest przeciwwskazane.

Przepłókiwania żołądka wodą letnią lub słabemi rozczynami alkalicznemi albo tego rodzaju wodami mineralnemi, przez wielu autorów w przypadkach wrzodu polecane, stosujemy, używając jak najmiększej sondy przy następujących warunkach: *a*) jeżeli kilka tygodni od krwotoku upłynęło, *b*) jeżeli chory sondowanie dobrze znosi, *c*) jeżeli w żołądku znajduje się większa ilość cieczy lub treści drażniącej do wymiotów, wskutek czego mógłby łatwo nastąpić krwotok i przebicie ścian żołądka.

W przebiegu wrzodu okrągłego polecane bywają jeszcze następujące leki: 3—4 kropel *liquor ferri sesquichlorati* na szklankę wody, w kilku dawkach przez dzień użyć. Według Gh. ma ten lek w przypadkach wrzodu z niedokrwistoscią i brakiem kwasu solnego przebiegających, działać raz z powodu obecności żelaza, a drugi raz z powodu silnie kwaśnego oddziaływania. Często bywa używany na podstawie empirycznej *Magisterium bismuthi* w średniej dawce 0,5 (8 gn.) trzy razy dziennie, najczęściej w połączeniu z taką samą ilością *Natrium bicarbonicum* lub *Magnesia usta,* albo wreszcie z dodatkiem 0,01 ($^1/_6$ gn.) *Morph. mur.* Dawniej już stosowane *Argentum nitricum* 1—2 centym. ($^1/_6$—$^1/_3$ gn.) na dawkę poleca obecnie Gh. w rozczynie 0,1 ($1^3/_5$ gn.) na 200 (6 unc.) aq. d. kilka razy dziennie po łyżce używać. Rozczyn ten ma łączyć się z nadmiarowym kw. solnym i działać na miejsce owrzodzone, w którym to celu chory przybiera po użyciu leku położenie ciała takie, aby się rozczyn dostał na przypuszczalne miejsce wrzodu. Za mała ilość leku tego, jaka może być stosowaną, w porównaniu do ilości treści i powierzchni żołądka sprawia, że skutek zamierzony jest problematyczny. Ja używam w celu uśmierzenia nieżytu kwaśnego *Argen-*

tum carbonicum według przepisu: *Arg. nitrici* 0,5 (8 gn.), *Natri bicarbon.* 5,0 (1$^1/_3$ dr.), *pulv. liquir* 4,0 (1 dr.), *extr. fluid. Cascarae Sagradae v. Mucilago Gi arab. q. s. u. f. pillulae* Nr. 50 *ponderis* 0,25 *D. S.* 3—6 pigułek dziennie użyć. *Infus. cort. Condurango* bez dodatku kw. solnego bywa przez niektórych lekarzy i w przebiegu wrzodu okrągłego stosowane. Jeżeli objawy wskazujące obecność otwartego wrzodu ustąpiły, to pomimo to należy choremu polecić przestrzeganie dyety niedrażniącej a posilnej całemi miesiącami i dłuższe leczenie zdrojowe w Karlsbadzie (6—8 tygodni) lub w innych wodach alkalicznych.; Czyste lub żeleziste szczawy znoszą chorzy z wrzodami żołądka źle (K. i J.) wzbudzają one bowiem zgagę, bóle, odbijanie, i nienadają się do następowego leczenia w celu podniesienia odżywienia chorych. W razie przebicia żołądka wskutek wrzodu i wystąpienia objawów zapalenia otrzewnej zaleca się: spokój bezwzględny, wstrzykiwanie morfiny, *pulv. Laudani* 0,04 ($^4/_5$ gn.) wewnętrznie i w czopkach, okłady zimne na brzuch.

Choroby przewłoczne przebiegające z obniżeniem siły wydzielniczej błony śluzowej żołądka.

Są to choroby rzadsze, aniżeli te, którym towarzyszy nadmierne wydzielanie kw. solnego i zdarzają się częściej w wieku późniejszym, aniżeli w młodszym.

X. Niedomoga wydzielnicza. *Insufficientia secretionis acidae.*

Zboczenie czynnościowe polega na niedostatecznem wydzielaniu kw. solnego, pepsyny (J.) i fermentu sernikowego (B.).

Zmiany anatomiczne bliżej nie znane. W pewnych przypadkach należy przypuścić, że jest to pewien okres chorobowy, od którego rozpoczyna się zanik narządu gruczołowego.

Etyologia. Prawdopodobnie bez bliżej dających się określić zmian anatomicznych należy pojmować osłabienie siły wydzielniczej po energicznem stosowaniu środków solnych i wód alkalicznych (J.), po długo trwających przepłókiwaniach żołądka (Rm.), przy żywieniu się wyłącznie takiemi pokarmami i to w małej tylko ilości, które błonę śluzową słabo podrażniają (J.), a wreszcie u osób (robotników) przebywających w wysokich ciepłotach (Sée). Ze zmianami anatomicznemi przebiega prawdopodobnie niedomoga wydzielnicza w wieku późniejszym, którą poprzedzał nieżyt kwaśny. Niedomoga wydzielnicza aczkolwiek przydarza się i w wieku młodzieńczym, występuje jednak najczęściej po 40-tym roku życia (J.).

Objawy podmiotowe są zwykle nieznaczne, a czasem na pozór żadne. Przy miernem bowiem napełnieniu żołądka chorzy nie doznają zwykle dolegliwości. Dopiero po użyciu większych ilości, a szczególniej mięszanin potraw i napojów np. po ucztach doznają odbijania, suchości, ciążenia, nudności, wstrętu do pokarmów i bywają skłonni do łatwego nabycia ostrego nieżytu. Objawy powyższe pochodzą przeważnie od dłuższego przebywania treści w prze-

pełnionym żołądku i od rozkładu tejże dla braku kw. solnego. Osoby z tem cierpieniem utrzymują, że mają „słaby żołądek".

R o z p o z n a n i e: *a)* Ze żołądka c z c z e g o niczego lub zaledwie kilka cm.^{3} cieczy śluzowej obojętnej lub słabo alkalicznej bez resztek pokarmów daje się wydobyć. *b)* P r ó b a w o d ą l o d o w ą wydaje ciecz słabo kwaśną, o kwasocie niewystarczającej do strawienia białka. Inne zaś próby wykazują kwasotę o wiele niższą, jaką podano dla żołądka prawidłowego pod II, jako też obniżenie siły trawiącej białko i ścinającej sernik z mleka. *c)* Nadto próbny obiad i próbne śniadanie wykazują w czasie maximum trawienia znaczną ilość kw. mlekowego. *d)* Wydzielanie z żołądka przy użyciu większych ilości pokarmów jak np. po obiedzie próbnym okazuje się dość często upośledzone.

R o z p o z n a n i e r ó ż n i c z k o w e. Niedomoga wydzielnicza może być w mniej wybitnych przypadkach przy pobieżnem badaniu wewnętrznem łatwo wziętą za stan prawidłowy, od którego się tylko różni stosunkami ilościowemi. A wtenczas przy istnieniu objawów podmiotowych gastrycznych robimy mylne rozpoznanie, biorąc ją za nerwicę żołądka.

R o k o w a n i e. Ważnem jest uwzględnienie momentu etyologicznego choroby, aby się dowiedzieć, czy jest tylko czasowa niedomoga (wywołana sztucznie przez znużenie lub nieużywanie narządu gruczołowego), czyli też trwała (p. etyologia). W pierwszym przypadku rokowanie jest dobre, w drugim mniej pomyślne co do przywrócenia stanu prawidłowego.

L e c z e n i e polega na systematycznem pobudzaniu błony śluzowej do czynności, bądź to pobudzającemi pokarmami (chlebem, jarzynami i t. p.) jako też napojami (wodą zimną, wodą sodową, najlepiej wodą sodową kwaśną p. ustęp III, szczawami czystemi lub solnemi: Apollinaris, Giesshübler, Krondorfer, a przy równoczesnym niedowładzie jelit: Kissingen-Rakoczy, bądź też wprost cieczami zawierającemi kwasy (kw. mlekowy, octowy, winowy, cytrynowy, solny, fosforowy; p. ustęp XI). W celu p o l e p s z e n i a ł a k n i e n i a stosujemy: *Cort. Condurango* 20,0 (5 dr.), *Vini hungarici aciduli* 500 (1 f. 4 unc.), *acidi hydrochl. diluti puri* 2,0 (32 gn.). *Macera per horas* XII. *Colaturae adde Syr. simpl.* 25,0 (6 dr.) *S.* Co dwie godziny po 2 łyżki używać. W tym samym celu bywają pospolicie stosowane Amara (Rm.): *Tinct. amara* po łyżeczce na $^1/_2$ god. przed jedzeniem; *Tinct. Absynthii* po 25 kropel, *Tinct. Gentianae, Tinctura Calami* po tyleż kropel, albo te same środki w pigułkach jako *Extractum* po 0,25 (4 gn.) na dawkę; dalej *Extr. fol. trifolii fibrini, Extr. ligni Quassiae* lub *Extr. taraxaci,* każdy wyciąg po 0,25 (4 gn.) na dawkę najlepiej w pigułkach; a przy występującem r ó w n o c z e ś n i e z a p a r c i u s t o l c a *Extr. fluidum Cascarae Sagradae* po 30—50 kropel 2—3 razy dziennie, albo niekiedy również ze skutkiem *Extr. nucis vomicae* po 0,01 p. d. 3 razy dziennie w pigułkach z innemi goryczkami zmięszane. Niekiedy i w domu sporządzane *decocta* i *infusa* jak *herba Centauri* 10 (3 dr.) na 200 (6 unc.) *aq. com.*, *lignum Quassiae* 5 ($1^1/_2$ dr.) na 200 (6 unc.) *aq. com.*, *Species amaricantes*, „Ziółka dietlowskie" naczczo lub przed jedzeniem użyte odnoszą symptomatyczny skutek.

XI. Nieżyt śluzowy (*Catarrhus mucosus* J. i G.).

Catarrhus chronicus L.; *Dyspepsia chronica* R.

1. Zboczenia czynnościowe polegają na zupełnem zniesieniu wydzielania kw. solnego, na znacznem obniżeniu albo zniesieniu wydzielania wolnej pepsyny i wolnego fermentu sernikowego (B.), a istnieniu tylko propepsyny (J.) i przygotowawczego fermentu sernikowego wobec wzmożonego wydzielania śluzu.

2. Zmiany anatomiczne. W jednych przypadkach można przypuścić częściowy zanik pewnych elementów narządu gruczołowego, w innych podstawa anatomiczna nie znana.

3. Etyologia. Nieżyt śluzowy występuje przeważnie w wieku około lat 40, lub później, po nadużywaniu napojów wyskokowych jako nieżyt przewłoczny starych pijaków, po używaniu częstem potraw i napojów ostrych i gorących jak np. u kucharzy; po zatruciach środkami żrącemi, często po nadużyciu emetyku (R. J.) i w tego rodzaju przypadkach należy przypuścić tło anatomiczne dla zboczenia chorobowego. Nieżyt śluzowy może jednak wystąpić, podobnie jak niedowład wydzielniczy jako objaw znużenia narządu wydzielniczego po długiem używaniu znacznych ilości środków pobudzających do wydzielania, jak solnych, alkalicznych, korzennych (J.). Jeszcze bardzo prawdopodobnem jest wytworzenie nieżytu śluzowego z kwaśnego przez wzmaganie się rozrostu tkanki międzygruczołowej. Choroba ta, dawniej za bardzo częstą uważana jest stosunkowo rzadką, bo zaledwie 5% chorych żołądkowych obejmującą (J. Gr. Rm.).

4. Objawy chorobowe są mało cechujące, bez porównania mniejszego natężenia, niż przy nieżycie kwaśnym. A zdarza się dość często, że chorzy opowiadają o objawach gastrycznych, które ich całemi latami dręczyły, a są właściwe nieżytowi kwaśnemu (pragnienie, wilczy apetyt, zgaga, bóle), obecnie zaś zupełnie się zmieniły, a pozostało tylko „osłabienie żołądka“, czyli że nieżyt kwaśny przeszedł w nieżyt śluzowy. Język bywa nieobłożony (B), łaknienie najczęściej utrzymane, lecz chorzy łatwo się nasycają i czują, że mniej jedzą i piją, niż dawniej. Jeżeli występują odbijania, to czcze bez smaku, lub pokarmami spożytemi „surowizną“. Po jedzeniu występuje najczęściej uczucie pełności, prężenia w rodzaju gniecenia w połączeniu z nudnościami. Chorzy chętnie przyjmują kwaśne napoje, owoce, pokarmy i czują się po nich dobrze, podczas gdy chorzy z nieżytem kwaśnym, chociaż jeszcze z większem upragnieniem te same pokarmy spożywają, czują po użyciu tychże zwiększenie dolegliwości żołądkowych. Bólów nawet dotykowych w okolicy żołądka niema. Wymioty zdarzają się najczęściej przy nieżycie pijackim, bardzo łatwo po użyciu mięszanin potraw, które z braku kw. solnego przechodzą łatwo w kiśnienie, a skąd pochodzi podrażnienie ścian żołądka. Znane są jednak jeszcze ranne wymioty pijackie (*vomitus matutinus*), których podstawą nietylko jest nadmierne wydzielanie śluzowe żołądka, ale i zajętego równocześnie połyku (*pharyngitis chronica*) i jamy ustnej (Frerichs). Wessalność błony śluzowej badana jodkiem potasowym bywa zawsze upośledzona (B). Większa część chorych jest dobrze odżywioną, gdyż czynność trawienia odbywa się przeważnie w jelitach (J. Gr.).

5. R o z p o z n a n i e. *a*) Nieznaczne przypadłości podmiotowe, wobec istnienia wymiotów śluzowych szczególniej naczczo, jakoteż wyżej wymienionych momentów etyologicznych. *b*) W żołądku czczym ciecz ciągnąca się, śluzowa biaława, z trudnością dająca się wydobyć. *c*) Ciecz czcza alkaliczna nie zawiera zwykle resztek pokarmów, natomiast bardzo często łatwo odrywające się s t r z ę p y b ł o n y ś l u z o w e j, w których dostrzegamy gruczoły trawieńcowe ziarnistą masą wypełnione i otoczone znaczną ilością tkanki łącznej (J.); przesącz cieczy czczej kw. solnym zakwaszony bardzo słabo lub wcale nie trawi. *d*) Żadna próba przy badaniu na trawienie żołądkowe nie wydaje treści, kwaśnej od wolnego HCl: treść żołądkowa po śniadaniu lub po obiedzie próbnym jest wprawdzie kwaśną, lecz daje tylko oddziaływanie na wolny kw. mlekowy (Gr. B.). Z jakiejkolwiek próby otrzymana treść żołądkowa sama dla siebie sztucznie białka nie trawi, dopiero po zakwaszeniu kw. solnym nabiera siły trawiącej; lecz ilość pepsyny jest zmniejszoną, trawienie sztuczne jest bowiem znacznie opóźnione. Takie samo zmniejszenie wykazuje i ferment sernikowy (B.). P r z y p r ó b i e n a s z t u c z n e t r a w i e n i e należy jednak postępować nader ostrożnie w ten sposób, że do 10 cm.³ przesączu, chociażby już kwaśno oddziaływającego dodaje się w celu zakwaszenia k r o p l a p o k r o p l i *ac. hydrochlor. off. dilutum* tak długo dopóki nietylko wystąpi oddziaływanie wybitnie kwaśne, ale co najważniejsza dopóki o d d z i a ł y w a n i e n a k w. s o l n y w o l n y i to papierkami tropeolinowemi, zupełnie się nie uwidoczni (J.); inaczej może się zdarzyć, że pierwsze krople kw. solnego zostaną utajone i ciecz nietrawi z braku wolnego HCl, chociaż zawiera pepsynę. *e*) Badania wewnętrzne wykazują jeszcze, że wydalanie jest prawidłowe lub nie wiele upośledzone.

R o k o w a n i e co do przywrócenia stanu prawidłowego, w większości przypadków należy uważać za wątpliwe. Poprawy można się spodziewać tylko w przypadkach znużenia wydzielniczego sztucznie wywołanego.

6. L e c z e n i e ma na celu przywrócić jeżeli już nie trwale, to przynajmniej symptomatycznie na pewien czas stosunki prawidłowe, co dla odbycia się prawidłowego przebiegu całkowitego trawienia jest bardzo ważnem. W pierwszym rzędzie należy tu kw. s o l n y. Ten wprowadzony do żołądka zamienia w błonie śluzowej zawartą propepsynę i przygotowawczy ferment sernikowy na pepsynę (J.) i właściwy ferment sernikowy (J. B.), służy więc do wywołania prawidłowego chemizmu trawienia, przeszkadza rozwojowi spraw fermentacyjnych w żołądku i przyczynia się do pobudzenia czynności trawienia w jelitach. W przypuszczeniu, że kwasota treści żołądkowej obiadowej wynosi w stanie prawidłowym co najmniej 25=0.9125 p. m., a ilość jej 1 liter, to należy użyć 250 cm.³ kw. solnego dziesiętno-normalnego czyli co najmniej na dawkę 7,5 gm. (2 dr.) *Acidi hydrochlor. dil. puri.* Na rozcieńczenie tej ostatniej ilości kwasu, trzeba użyć przynajmniej dwóch szklanek wody miękiej, którą należy w czasie obiadu wypić. Ta ilość kw. solnego nie jest wcale przesadzoną, ale jeszcze i niedostateczną, gdyż zostaje ona wkrótce prawie w całości przez pokarmy i śluz utajoną, wessaną a wreszcie wydaloną do jelit. W praktyce można korzystnie stosować kwas solny według następującego przepisu: *Ac. muria-*

tici dil. puri 3,0 (50 gn.), *pepsini solubilis* 1,0 (16 gn.), *natrii chlorati* 2,0 (30 gn.) *aq. d.* 200 (6 unc.). Co 2 godz. po dwie łyżki, jako też przed każdem jedzeniem i po jedzeniu używać. Zmniejszoną ilość kw. solnego można stosować przy równoczesnem użyciu wody sodowej kwaśnej (zakwaszonej kw. solnym z dodatkiem soli kuchennej p. III), napojów i pokarmów kwaśnych (limonad i soków owocowych, octu, wina kwaskowatego, mleka kwaśnego, kwaskowatych zup i sosów, barszczu, ogórków kiszonych, owoców kwaskowatych i t. p.), gdyż kwasy organiczne i sól kuchenna, podobnie jak i kw. solny, chociaż w niższym stopniu, przyczyniają się do ługowania pepsyny i fermentu sernikowego z błony śluzowej (J.). Z tego samego względu i mięszane pokarmy składające się z mięsa, jarzyn i skrobii, z których w żołądku największa ilość kw. mlekowego się wytwarza, są tu wskazane. Dla pobudzenia łaknienia używamy także i tu *amara* i *cort. Condurango* (p. X). Wszelkich zaś środków zbyt drażniących i podniecających wydzielanie (korzenie, wódki i t. p.) jakoteż alkaliów i wód alkalicznych należy zaniechać. Można jednak użyć czystych szczaw, wód alkalicznych, lub słabych rozczynów alkaliów do kilkurazowego przepłókania żołądka w celu oczyszczenia go od nadmiernego śluzu.

XII. Nieżyt zanikowy żołądka.

Catarrhus atrophicus (F.).

Zmiana anatomiczna polega na całkowitym samoistnym zaniku narządu gruczołowego i zastąpieniu tegoż tkanką łączną (F.). Temu zanikowi towarzyszy w niektórych przypadkach i zanik błony śluzowej w jelitach, niedokrwistość ogólna przy rozwiniętej tkance podtłuszczowej (F.).

Zmiana czynnościowa polega na stałym braku wszystkich fermentów trawieńcowych (HCl, pepsyny, fermentu sernikowego) w treści żołądkowej.

Etyologia. Cierpienie jest bardzo rzadkie i wymaga jeszcze dokładniejszych badań. Prawdopodobnie przerost tkanki łącznej wytworzony w nieżycie kwaśnym (*cat. hypertrophicus)*, przy dalszym postępie przyprowadza gruczoły do powolnego (*cat. mucosus*), a następnie całkowitego zaniku gruczołów (*cat. atrophicus.* Lewy). W przypadkach znanych wiek chorych przenosił 40 lat lub więcej, a trwanie kilkanaście miesięcy, co potrzebuje jeszcze dalszych obserwacyi.

Objawy chorobowe występują powoli i niewyraźnie (Gr. Rm.), lecz dla braku większego jednolitego materyału statystycznego pewników wysnuwać nie można, zwłaszcza, że symptomatologia podawana przez pojedyńczych autorów nie jest zgodna. Z cechujących objawów zauważano: język nieobłożony (B.); z ust wydobywa się woń cuchnąca, znaczne bóle napadowe szczególniej po jedzeniu, rozpromieniające się od żołądka na wszystkie strony szczególniej ku górze (P. B.). Wessalność badana jodkiem potasowym bywa znacznie upośledzoną. Chorzy w późniejszym okresie wyglądają blado, stają się tak niedokrwistymi, że ze sił opadają i umierają przy objawach złośliwej niedokrwistości (F.).

Rozpoznanie polega na *a)* Pojawieniu się wyżej opisanych bólów,

b) Na braku śluzu w żołądku czczym (B.), natomiast można zauważyć oddziaływanie alkaliczne, woń nieprzyjemną cieczy czczej, podczas gdy w czasie trawienia przedstawia ciecz żołądkowa woń surowego lub gnijącego mięsa. *c*) Na braku kw. solnego, pepsyny, fermentu sernikowego i peptonów tak w żołądku czczym jakoteż i podczas trawienia. *d*) W cieczy czczej elementów błony śluzowej pod mikroskopem dostrzedz nie można, tylko masę ziarnistą (J.) i znaczną ilość bakteryi gnilnych (Lewy, P.). *e*) Wydalanie ze żołądka okazuje się nieupośledzone (B.).

Rozpoznanie różniczkowe. Aby odróżnić dokładnie nieżyt zanikowy od nieżytu śluzowego, należy się przekonać, nietylko o braku pepsyny i fermentu sernikowego, ale także i o braku propepsyny i przygotowawczego fermentu sernikowego, a to w ten sposób, że do żołądka czczego wolnego od pokarmów należy wlać 200 cm.^{3} HCl $^1/_{10}$ norm., a po pół godziny ciecz wyciągnąć, przesączyć i dopełnić kw. solnym do kwasoty 50=1,825 p. m. Z tego płynu należy przez dodawanie $^1/_{20}$ norm. HCl zrobić kilkanaście różnych rozcieńczeń, a z tych wlać po 10 cm.^{3} do szeregu flaszeczek i pododawać po krążku białka kurzego gotowanego (1—1$^1/_4$ cgm.), a postawiwszy flaszeczki przy ciepłocie 40^0 C, uważać, w której po 24 g. krążek białka nie znika. Przy rozwiniętym nieżycie zanikowym krążek białka już w nierozcieńczonej cieczy żołądkowej pozostaje w całości lub częściowo niestrawiony (J.). W nieżycie śluzowym krążki w kilku pierwszych flaszeczkach zupełnie znikają.

Rokowanie. Jeżeli powyższa próba wykaże prawie zupełny brak pepsyny, to rokowanie należy uważać za złe co do żołądka, a czy także i co do zagrożenia życia, muszą jeszcze potwierdzić dalsze obserwacye.

Leczenie ma tu na celu utrzymanie i podniesienie odżywienia, dlatego podajemy same pożywne a nawet przetrawione pokarmy jak peptony, chociaż wobec zniesionej wessalności żołądka, a częściowo i jelit i ten sposób żywienia może zawieść oczekiwania. W razie oporu chorych przed przyjmowaniem pokarmów, używamy karmienia sondą albo enemami pożywczemi. Użycie kw. solnego ma tu cel działania przeciwgnilnie i pobudzania czynności jelit przez dostawanie się treści kwaśnej do tychże. Kw. solny musi tu być dość rozcieńczony użyty, najlepiej jako woda sodowa kwaśna (p. III), gdyż w zgęszczeniu mogłby działać zbyt drażniąco na obnażone warstwy ścian żołądka. Racyonalnem jest stosowanie środków przeciwgnilnych jak kw. borowego (P.) np. w następującej mięszaninie: *Ac. borici* 4,0 (1 dr.), *Ac. muriatici dil. puri* 1,0 (16 gn.), *pepsini solubilis* 1,0 (16 gn.), *Aq. dest.* 200 (6$^1/_2$ unc.) *S.* Co dwie godziny po 2 łyżki używać. Również racyonalnem okazuje się przepłókiwanie żołądka od czasu do czasu roztworem 2$^0/_0$ boraksu lub kw. borowego. Jednak aby napadowe bóle uśmierzyć, należy użyć wstrzykiwań morfinowych.

XIII. Oznaki

wzmożonego / obniżonego

wydzielania soku żołądkowego przy braku innych powikłań

wzmożonego	obniżonego
1. Łaknienie i pragnienie często wzmożone.	1. Łaknienie często upośledzone, zwykle pociąg do kwasów.

2. Zgaga wzdłuż przełyku, palenie w żołądku naczczo lub po jedzeniu (Rm.).	2. Niekiedy bywają nudności i niesmak po jedzeniu.
3. Gniecenie albo bóle ostre nawet napadowe (kurcze) po jedzeniu, jako też w nocy, a nawet naczczo.	3. Uczucie tylko pełności po jedzeniu.
4. Ostre pokarmy (korzenie) lub napoje (wino, wódka) powiększają często dolegliwości.	4. Jakość pokarmów niewiele wpływa na powiększenie dolegliwości.
5. Często wymiotowane bywają masy zielonkowate, smaku kwaśnego, zawierające znaczną ilość cieczy (J. G.)	5. Niekiedy tylko wymiotowane bywają masy gęste, śluzowe bez wybitnego smaku.
6. Bardzo często znaczny ból dotykowy w dołku podsercowym.	6. Bólu dotykowego zwykle niema.
7. Często napotyka się pluskanie w żołądku czczym (J.).	7. Pluskania w żołądku czczym niema.
8. Stolec bywa najczęściej zaparty; wyjątkowo biegunka.	8. Stolec zwykle prawidłowy.
9. Wrażliwość nerwowa i sensacye w odległych obszarach ciała mogą być znacznego nasilenia.	9. Sensacyj w odległych narządach zwykle brak.
10. Wejrzenie dość często niedokrwiste, a odżywienie podupadłe (J.).	10. Odżywienie najczęściej dobre.
11. Przeważnie są to osoby młodsze, w znacznej części przez izraelitów reprezentowane (J. i G.).	11. Przeważnie osoby starsze (chrześcianie).

12. Na powyższe oznaki nigdy z wszelką pewnością liczyć nie można. Pomyłek rozpoznawczych można tylko ominąć przez w e w n ę t r z n e z b a d a n i e żołądka.

XIV. Nowotwór rakowy żołądka.

Carcinoma ventriculi.

Zmiany nowotworowe w żołądku mogą być rozmaite, jako to: *fibroma, myoma, lipoma, papilloma, adenoma, sarcoma.* Lecz ze wszystkich najczęstszym i dla klinicysty najważniejszym nowotworem jest r a k.

1. Z m i a n y a n a t o m i c z n e. Rak żołądka, biorąc swój początek od przybłonka wałeczkowego gruczołów błony śluzowej, występuje najczęściej jako *carc. fibrosum*, tworząc twarde pierścieniowate nacieki, lub ograniczone guzy do rozpadu mało skłonne, albo jako *carc. medullare* w postaci guzów lub nacieków płaskich mniej zbitych, rozszerzających się na większej przestrzeni, a z powodu rozpadu licznych gniazd rakowatych o powierzchni nierównej, strzępiastej, wrzodziejącej. Najrzadziej (2—8%) napotyka się *carc. colloides*, gdzie obszerne gniazda rakowe zamieniają się na masę galaretową, a nowotwór jest rozlany na wielkiej przestrzeni. Części błony śluzowej od nowotworu niezajęte bywa-

ją zwykle określone jako „nieżytowo zmienione“, który to stan, ze względu na bardzo ważne znaczenie kliniczne wymagałby jeszcze wielorakich mikroskopowych poszukiwań. W przeszło połowie przypadków siedzibą raka żołądka jest odźwiernik, potem według częstości następują: wpust i krzywizna mała. Rak żołądka rozszerza się często na sąsiednie narządy, w przeszło $^{1}/_{4}$ przypadków na lewy płat wątroby, a najmniej często na otrzewną. Między następstwami raka, o których niżej mowa będzie, zauważyć można albo powiększenie narządu (rozstrzeń przy zajęciu rakowatem odźwiernika) albo znaczne zmniejszenie z powodu dośrodkowego ściągania się, jeżeli nowotwór obejmuje dno lub wpust. Zakład patologiczny prof. Browicza w Krakowie posiada ciekawe okazy tego rodzaju, nieprzenoszące wielkości miernego korniszona.

2. E t y o l o g i a. Żołądek jest ze wszystkich narządów ustroju najczęstszą siedzibą raka. Jednak częstość nowotworu rakowego żołądka jest trzy razy mniejszą, niż wrzodu okrągłego. Właściwej przyczyny powstawania raka nie znamy, jednak istnieją pewne okoliczności częściej towarzyszące pojawieniu się raka, niż innym chorobom żołądka. I tak zauważano w pewnej liczbie przypadków raka żołądka obecność gruźlicy płuc, w innych znów można było wykazać dziedziczność (Alberts). W przeważającej ilości przypadków zdarza się rak żołądka w wieku późniejszym (40—70 lat), a najczęściej w 50 roku życia (Br.), chociaż i wiek młody bynajmniej nie jest wykluczony. Błędy dyetetyczne zdają się nie wywierać wpływu na powstawanie raka żołądka, gdyż i ludzie najmierniej przez całe życie się zachowujący popadają w tę chorobę. Najstalszemi jednak objawami, obserwowanemi w przebiegu raka żołądka są objawy nieżytu śluzowego (K. i J.), a ponieważ ten ostatni najczęściej zdarza się w tym samym wieku co i rak żołądka, to byłoby najprawdopobniejszem przypuszczenie, że n i e ż y t ś l u z o w y j e s t m o m e n t e m u s p o s a b i a j ą c y m d o p o w s t a w a n i a r a k a ż o ł ą d k a (K. i J.). Ze stanowiska pasożytniczego etyologii raka (Schill, Scheurlen), obecnie jeszcze wątpliwego, możnaby podnieść tę okoliczność, że nieżyt śluzowy daleko więcej sprzyja rozwojowi zarazków chorobotwórczych, dostających się ciągle z pokarmami do żołądka, niż nieżyt kwaśny, w obec którego wytworzenie się raka w rzeczywistości należy do rzadkości. Miałem sposobność obserwowania w Maju 1885 wspólnie z prof. Korczyńskim przypadek nieżytu śluzowego u 45-letniego maszynisty kolejowego, który we Wrześniu 1887 zakończył się śmiertelnie z powodu wystąpienia raka żołądka.

3. O b j a w y c h o r o b o w e. Choroba rozpoczyna się zupełnie n i e p o s t r z e ż e n i e. Kilkakrotnie widziałem, jak u starszych osób, zażywnie i czerstwo wyglądających wystąpiły niewinne na pozór objawy dyspeptyczne (zmiana w łaknieniu, nudności, gniecenie), które na kilka miesięcy okazały się jako zwiastuny nowotworu rakowego. Dopiero dalsze objawy chorobowe poczynają zwracać uwagę na ważność cierpienia. Występują od czasu do czasu pomimo dyetetycznego zachowania się t ę p e b ó l e rozmaitego nasilenia, najczęściej od dołka podsercowego rozchodzące się, które w 92% przypadków (Br.) istnieją, a w dalszym przebiegu choroby stają się trwałemi i od przyjmowania pokarmów mało zależnemi. Również pojawiają się, pomimo przestrzega-

nia dyetetycznego żywienia, wymioty (88% przyp. Br.), występujące zwykle po jedzeniu. Są one tem częstsze, im siedziba nowotworu znajduje się bliżej części odźwiernikowej, tracącej coraz więcej siłę wydalania z żołądka. Jednak i w innych częściach żołądka usadowiony nowotwór sprzyja powstawaniu wymiotów przez zmniejszenie pojemności żołądka w stosunku do wprowadzanej ilości pokarmów. Wymiociny są woni nieprzyjemnej octowej lub zjełczałego masła, zawierają zupełnie nieprzetrawione kawałki mięsa. W późniejszym okresie choroby bywają one popielate lub czokoladowe, od domięszanej krwi, a ma to miejsce w 42% przypadków (Br.). Wymiociny są obfitsze jeżeli nowotwór zajmuje odźwiernik, a wtenczas występują wszystkie oznaki wytwarzającej się rozstrzeni. W przebiegu choroby powyższe objawy (bóle, wymioty, rozstrzeń), niekiedy na pewien czas znikają (stan pozornej poprawy), a to dzieje się jeżeli nowotwór ulega szybkiemu rozpadowi. Podczas trwania choroby łaknienie szczególniej do mięsa, tylko w połowie przypadków bywa zniesione; smak w ustach nieprzyjemny, a woń często cuchnąca, język w początkach choroby nieobłożony. Stolec najczęściej zaparty; przy drożności odźwiernika bywa jednak biegunka, wywołana przedostaniem się gnijącej treści z żołądka do jelit. W drugiej połowie choroby (w przeciągu kilku miesięcy) poczynają występować cięższe objawy właściwe temu stanowi chorobowemu. W 80% przypadkach daje się wyczuwać albo guz, który ściąga odźwiernik w okolicę pępka, a leżąc nad tętnicą główną może okazywać tętnienie jednokierunkowe, albo jako rozlane masy guzowate występujące z lewego łuku żebrowego, przy dotykaniu tkliwe, albo wreszcie w postaci zagiętego rogu cała krzywizna duża daje się ręką ująć. W dalszym ciągu wytwarza się obraz chorobowy, zwany charłactem rakowem polegający na ubarwieniu szarawo-żółtem skóry, utracie jej sprężystości, zaniku podściołki tłuszczowej, wystąpieniu opuchliny na kończynach dolnych, ogólnej hydraemii a nawet białkomoczu (Fr. Müller). Przy ogólnem wyniszczeniu, zapadzie sił, to podwyższaniu (Br.), to zniżaniu się ciepłoty ciała, poczynają pojawiać się jako zwiastuny końcowe: kurcze tężcowe, mięśni kończyn, szyi i twarzy, chwilowe zamglenie świadomości połączone z majaczeniami, poczem dopiero zwolna następuje ustawanie czynności życiowych. Trwanie całego stanu chorobowego bywa podawane przeciętnie na jeden rok, a tylko wyjątkowo dochodzi do dwóch lat.

Niejednokrotnie pojawia się w przebiegu raka żołądka ta sama sprawa przez szerzenie się, w wątrobie, przewodach żółciowych, w żyle bramnej, otrzewnej; a wtedy objawy nowotworu tych narządów mogą tak przeważać, że rozstrzygnięcie, czy nowotwór żołądka jest pierwotny lub następowy staje się niemożliwem. Oprócz tego mogą się pojawiać przerzuty i w dalszych narządach: w płucach, gruczołach limfatycznych obwodowych, jak ponadobojczykowych, które w przebiegu raka bywają niekiedy obrzękłe. Wreszcie może rak żołądka wywołać przebicie ścian żołądka (w 4% przypadkach Br.), przez co powstają albo przetoki, jak np. do jelita grubego, albo ogólne zapalenie otrzewnej.

4. Rozpoznanie raka żołądka da się tylko ze zbioru kilku objawów postawić, a do tych należą: *a*) Brak łaknienia (wstręt do mięsa), obe-

cność bólów i wymiotów, aczkolwiek w przeważnej części przypadków się trafiają, niedają jeszcze żadnej podstawy do rozpoznania raka. *b*) Jednakowoż wymiociny ciemnopopielate, brudnocisawe, lub czokoladowe (od domieszki barwika krwi ubarwione), woni cuchnącej, wzbudzają w wysokim stopniu podejrzenie na raka żołądka, o czem niżej będzie mowa. *c*) Guz w dołku podsercowym lub w okolicy pępka w połączeniu z objawami rozstrzeni, lub guzowatości i opór większy w okolicy żołądka wzbudzają wielkie podejrzenie raka żołądka. Jeżeli stwardnienia te, mają należeć do ścian żołądka, to powinny przy ruchach oddechowych tylko powłoki brzuszne po nad niemi się przesuwać, a guzy same pozostać nieprzesuwalne i wydawać wypuk bębenkowo-stłumiony. Trzeba jednak mieć na uwadze, że guzowatości mogą pochodzić, od zmian w samej otrzewnej (wypociny otorbionej, nacieku gruźliczego lub nowotworu), lecz wtedy są one poruszalne z powłokami brzusznemi i niewywołujące zwykle przypadłości żołądkowych; dalej od zatkań kałowych w poprzecznicy, dających się środkami przeczyszczającemi usunąć; od lewego płatu wątroby nowotworem zmienionego, a wtedy guz przy oddechach się porusza i wydaje odgłos wypukowy tępy; a ostatecznie może być guz przy wiotkich powłokach brzusznych, przy rozstąpieniu się mięśni prostych nowotworem wychodzącym z trzustki albo nawet samą jej głową (L). Trzeba jeszcze pamiętać, że nie każdy guz należący do żołądka musi być rakowatym, gdyż może on pochodzić od bliznowato zaciągniętego, lub wskutek przerostu błony śluzowej zgrubiałego odźwiernika, który niepotrzebuje być zbyt znaczny, gdyż przez pokrycie powłokami brzusznemi przybiera wyniosłość postać zwiększoną. *d*) Znaczny ubytek ciężaru ciała, kilkanaście do kilkadziesiąt funtów w przeciągu niedługiego czasu (kilku miesięcy), pomimo zastosowania dobrego żywienia. Wyjątek mogą stanowić chorzy szpitalni: ci przechodząc z niedostatecznego pożywienia do obfitszego mogą w pierwszych tygodniach przybierać na wadze, później jednak waga ich znowu się zmniejsza. *e*) Charłactwo rakowe w drugiej połowie choroby prawie stale się pojawia z powodu zmniejszania się ilości ciałek czerwonych krwi (do $1\frac{1}{2}$ miliona Fr. Müller), może jednak, jeżeli niema jeszcze innych oznak raka żołądka, dać powód do zamiany stanów chorobowych, połączonych z silnem wychudnieniem, jako to: z długotrwającym nieżytem jelit cienkich u osób wieku podeszłego, z charłactwem wywołanem głodzeniem się chorych z powodu bólów doznawanych po spożywaniu pokarmów (np. w nieżycie kwaśnym), albo z powodu zaburzeń nerwowych lub psychicznych (np. w hysteryi i psychozach). *f*) Występowanie wymienionych objawów powyżej 40 roku życia.

g) Przy istnieniu powyższych objawów i okoliczności obecność raka żołądka jest wielce prawdopodobną, lecz jeszcze nie konieczną. A ponieważ rak żołądka i pomiędzy publicznością uchodzi za chorobę nieuleczalną, musi lekarz nim wypowie to słowo złowrogie, nabyć niezbitej pewności. A tej nabywa, jeżeli przy istnieniu powyższych oznak raka jeszcze wykaże brak wolnego kw. solnego w treści żołądkowej (V.), stwierdzając jednak ten brak kilkakrotnie przez dłuższy czas (R.). Dla zbadania wewnętrznego żołądka w razie podejrzenia na raka, najstosowniej postępuje się w ten sposób, że

wyciąga się najprzód treść czczą. W mniejszej ilości przypadków przedstawia się ona tak jak ją opisano pod XI przy nieżycie śluzowym: zawiera bowiem śluz gęsty białawy, strzępy błony śluzowej, przy raku żołądka bardzo łatwo się odrywającej, a pod mikroskopem przedstawia ciałka śluzowe, przybłonek płaski, a oprócz tego znaczne i l o ś c i k o k k ó w, l a s e c z n i k ó w g n i l n y c h i n i t e k p l e ś n i; przesącz opalizujący, alkaliczny, za dodaniem kwasów mąci się i po zakwaszeniu nie trawi. W innych znów przypadkach treść czcza jest cuchnącą, zawiera mniejsze lub większe ilości pokarmów (tłuszcz, i g i e ł k i t ł u s z c z o w e, włókna mięsne, skrobię), drożdże, laseczniki, kokki, przybłonek płaski, złogi barwikowe czarne i t. p. Możność jednak wykazania obecności gniazd rakowatych należy do rzadkości. Przy małej ilości pokarmów w treści czczej, przesącz oddziaływa alkalicznie, przy większej kwaśno, przeważnie od kw. mlekowego i masłowego, po zakwaszeniu kw. solnym mało co trawi; kw. solnego wolnego żadnym odczynnikiem wykazać nie można. W celu dalszego badania należy czczy żołądek wypłókać wodą letnią i podrażniać bodźcami przy próbach w ustępie II wyliczonemi, poczem bada się treść otrzymaną na wolny kw. solny i sztuczne trawienie. Metoda lodowa i białkowa wydają w przypadku raka treść obojętną lub alkaliczną, inne sposoby badania zwykle kwaśną od kwasów organicznych, a według badań Honigmanna i Noordena, jako też Klemperera od kw. solnego utajonego. Tego rodzaju badania uskutecznia się w przeciągu kilku tygodni k i l k a r a z y (R.), gdyż zdarza się czasem, że w niedowładzie wydzielniczym lub nawet nieżycie kwaśnym, niema przy pierwszym badaniu wolnego kw. solnego, zostaje bowiem przez nadmiarową treść utajony, a dopiero przy następnych badaniach występuje jako wolny. Obecność wolnego kw. solnego w treści w przypadkach raka żołądka jest wielką rzadkością, i może się zdarzyć, jeżeli na bliźnie po wrzodzie żołądka wytwarza się tkanka rakowata. Dotychczas ogłoszonych 35 przypadków raka żołądka z wolnym kw. solnym w treści żołądkowej stanowią nieliczne wyjątki od ogólnej reguły. A nawet w tych przypadkach niema pewności obecności raka, gdyż większa część tych przypadków nie opiera się na materyale sekcyjnym, tylko na wnioskowaniu z objawów klinicznych. Ze sekcyjnych znów przypadków, tylko kilka było mikroskopowo badanych, przez co także przy makroskopowych preparatach nie jest wykluczona możliwość zamiany guza bliznowatego po wrzodzie powstałego z guzem rakowatym, jak to niezbyt rzadko się zdarza.

Z braku kw. solnego w treści żołądkowej przy n i e o b e c n o ś c i i n n y c h o b j a w ó w k l i n i c z n y c h r a k a tylko w $^3/_4$ przypadków spodziewać się można nowotworu rakowego, gdyż stały brak kw. solnego okazuje się jeszcze w nieżycie śluzowym, który jednak przez zbadanie żołądka kw. solnym (p. XII) wykazuje znacznie większą ilość pepsyny i fermentu sernikowego niż w razie obecności raka; dalej w nieżycie zanikowym; w zwyrodnieniu skrobiowatem błony śluzowej żołądka; w niedokrwistości złośliwej; w raku dwunastnicy, w stanach gorączkowych.

5. L e c z e n i e r a k a jest czysto symptomatyczne. W celu przedłużenia życia staramy się chorego już w początkach choroby jak najlepiej żywić, po-

zostawiając zresztą choremu wybór potraw do woli, wykluczając tylko notorycznie szkodliwe; a według potrzeby stosujemy środki skrzepiające i podniecające. Z tak zwanych specyfików, ma jeszcze dotąd pewne wzięcie *infus. cort. Condurango c. ac. muriatico* z dodatkiem *Syr. Menthae* albo *Foeniculi,* którym to lekiem chce często lekarz zaznaczyć istnienie raka żołądka. Lek ten ma według spostrzeżeń Friedreicha, jakoteż z nowszych Riessa zmniejszać objawy raka, a właściwie działa on jako dobre *stomachicum,* dlatego też i w innych chorobach żołądka bywa przepisywane. Wskazane jest zaś stosowanie kw. solnego z pepsyną w znaczniejszych dawkach, a do picia woda sodowa kwaśna. Zły smak w ustach staramy się usunąć przez płókania jamy ustnej, rozczynem octu lub wodą miętową. B ó l e uśmierzamy mięszaniną *Morph. c. aq. laurocerasi,* lub wstrzykiwaniami tego narkotyku. A jeżeli przyczyną bólu jest znaczna ilość nagromadzonej treści w żołądku, to możemy stosować od czasu do czasu przepłókiwania żołądka $2^0/_0$ rozczynem letnim, kw. borowego lub boraksu, lub półodsetkowym *natrium salicylicum,* a ewentualnie $^1/_2{}^0/_{00}$ wodą chloroformową. Lecz tego postępowania tylko wtenczas używamy, jeżeli chory, jeszcze niezbyt osłabiony, sondowanie dobrze znosi, inaczej staje się płókanie dla chorego większym ciężarem, niż ulgą. Przeciw nudnościom, odbijaniom, czkawce, wymiotom mogą być stosowane: *Carbo ligni depuratum* 1,0 (16 gn.) jako *tablet. compr. p. d.*; Narkotyki: *Morph. mur.*, albo *Ext. Belladonae* (2—4 cg.) wewnętrznie lub w czopkach; połykanie kawałków lodu, użycie zimnej wody chloroformowej łyżkami, picie wody sodowej zwyczajnej lub kwaśnej, albo oziębionego wina szampańskiego; wreszcie gorczyczniki na dołek podsercowy lub mostek. Co się jednak tyczy wymiotów, to tych nie należy wcale powstrzymywać, jeżeli przyczyną ich jest znaczne nagromadzenie treści w żołądku, gdyż ona przyczynia się do zwiększenia bólów, nudności i drażnienia do wymiotowania. Dla w y w o ł a n i a s t o l c a używamy najlepiej lewatyw wodnych, lub wstrzykiwań 2—5,0 (1 dr.) gliceryny do odbytnicy. Wód mineralnych i soli przeczyszczających, osłabiających niepotrzebnie chorego, unikamy zupełnie. W razie przebicia nowotworu do otrzewnej postępujemy podobnie jak przy przebiciu przez wrzód; o leczeniu zaś krwotoku niżej będzie mowa.

XV. Krwotoki żołądkowe.

1. P r z y c z y n a bezpośrednia krwotoków żołądka leży wprawdzie w naczyniach ścian tego narządu, jednak może ona mieć swą siedzibę albo w samym żołądku, t. j. być czysto lokalną, albo w odległych narządach, a wtedy krwotok jest następowy. Ostatniego rodzaju krwotoki bywały obserwowane, jako zastoinowe w przypadkach *cirrhosis heptis, pylephlebitis, icterus gravis,* jako też po zatrzymaniu się krwotoków krwawnicowych, a następnie wskutek zmian chorobowych w układzie naczyniowym, lub w mięszaninie samej krwi, jako to w *haemorrhophilia, scorbutus, febris flava, atrophia hepatis acuta, intermittens gravis,* cholera. Wszystkie te krwotoki są jednakże stosunkowo rzadkie, rozpoznanie ich przyrody polega na objawach głównej choroby, a rokowanie i leczenie stosuje się w każdym pojedyńczym wypadku według choroby przyczynowej. Tych krwotoków jako następowych i symptomatycznych w dalszym ciągu uwzględniać nie bę-

dziemy.—O wiele częstsze są krwotoki żołądkowe z przyczyn czysto lokalnych, a mianowicie: *a*) Błona śluzowa żołądka jest z powodu bardzo obfitego unaczynienia włoskowatego, a utrudnionego odpływu krwi przy kurczeniu się ścian żołądka, w wysokim stopniu do przekrwienia i krwotoków skłonną, to też w nieżycie ostrym napotyka się w błonie śluzowej liczne wybroczyny krwawe, które przy trwaniu nieżytu w formie przewłocznej występują jeszcze jako łupkowe pigmentacye, o których istnieniu można nawet z badania za życia wnioskować, gdyż niejednokrotnie wydobywa się strzępy błony śluzowej żołądka, które pod mikroskopem okazują się wypełnione ziarnistym barwnikiem czarnym. Zdarza się jeszcze często w przebiegu chorób żołądka, a nawet i bez tychże, że jeżeli występują gwałtowniejsze ruchy wymiotne, w wymiocinach pojawiają się smugi krwawe, które jednak bez dalszych następstw przechodzą. Z wybroczyn zaś krwawych usadowionych w błonie śluzowej, mogą według Rokitansky'ego powstać liczne nadżerki błony śluzowej, a z tych wytworzyć się nawet wrzód okrągły. *b*) O wiele ważniejsze bywają dla klinicysty krwotoki, których przyczyną jest otwarcie światła naczyń. Opisywane pęknięcia naczyń błony śluzowej wskutek rozszerzeń (*aneurysma, varix*), albo zwyrodnienia skrobiowatego lub miażdżycowego tychże, są bardzo rzadkiemi zdarzeniami, i nie dają się zwykle rozpoznać. Najczęstszą zaś przyczyną otwarcia naczyń są już w poprzednich ustępach opisane zmiany chorobowe: rak i wrzód okrągły jako też bardzo rzadko obserwowane wrzody kiłowe i gruźlicze żołądka. Ilość krwi wynaczynionej do żołądka, zależy wprawdzie od wielkości naczynia uszkodzonego; trzeba jednak wiedzieć, że bywają przypadki wrzodu lub raka żołądka, gdzie żołądek wypełniony jest znaczną ilością krwi, a naczynia krwawiącego odnaleść nie można, tak że należy tylko przypuścić, że krwotok nastąpił tylko *per diapedesim.* Wreszcie mogą doznać naczynia uszkodzenia w skutek połknięcia żrących cieczy, ostrych przedmiotów, albo sztucznie przy sondowaniu, o czem na innem miejscu jeszcze mowa będzie.

2. Przebieg krwotoku żołądka zależy przeważnie od ilości krwi wynaczynionej. Mierne wynaczynienia jak to codziennie dostrzegamy na krwotokach nosa, albo z guzów krwawnicowych, przechodzą bez następstw, dla ustroju. Większe krwotoki wywołują najczęściej wymioty i stolce krwawe wobec objawów ostrej niedokrwistości, których jako ogólnie znanych na tem miejscu bliżej nie opisujemy. Znaczenie krwotoku zależy również i od przyczyny wywołującej tenże. I tak krwotoki powstałe przez miejscowe przerwanie naczyń są objawem bardzo poważnym, gdyż jeżeli niesprowadzą zejścia śmiertelnego, to wpłyną niekorzystnie na przebieg choroby żołądkowej. Zatrzymanie się krwotoku przez wytworzenie się i zorganizowanie czopu jest w żołądku bardzo utrudnione. Ruchy i obecność treści żołądkowej przeszkadzają usadowieniu się czopu, a trawiący sok wprost go niszczy. Pod tak niekorzystnemi warunkami przebiega szczególniej krwotok we wrzodzie żołądka. W tym przypadku niemamy pomimo chwilowego ustania krwotoku, żadnej pewności, że czop wobec silnie kwaśnego soku potrafi się ustalić i zorganizować; owszem można się tylko obawiać, że wrzód gryzący naczynia, szerzyć się będzie, przez

co nowe gałązki zostaną uszkodzone. Za tem przemawiają wielokrotne obserwacye (K. i J.), że w krwotoku żołądka w przebiegu wrzodu okrągłego stopień kwasoty treści żołądkowej czczej i wymiocin krwawych w miarę postępu krwotoku z dnia na dzień się podwyższa pomimo coraz więcej wytwarzającej się ostrej niedokrwistości; w razie ustania zaś krwotoku kwasota treści żołądkowej coraz niżej opada. To zjawisko należy tak tłumaczyć, że podwyższanie się kwasoty sprawia rozszerzanie się wrzodu na nieżytowo zmienionej błonie śluzowej, wskutek czego, coraz większa ilość naczyń zostaje przerwaną, czyli krwotok się odnawia i wzmaga. W jednym przypadku wrzodu obserwowanym w b. r. w klinice prof. Korczyńskiego wynosiły stopnie kwasoty pochodzące wyłącznie od kw. solnego wolnego: w treści czczej, dzień jeden przed krwotokiem 21, w następnych wymiocinach krwawych, kolejno: 42, 56, 60, 75, 70 a w ostatnich dwóch 90 i równocześnie zejście śmiertelne. Że wobec krwotokiem wytworzonej niedokrwistości, zabliźnienie się wrzodu w wysokim stopniu zostaje utrudnione, a tem samem, obawa powtórzenia się krwotoku jest uzasadniona, poucza codzienne doświadczenie lekarskie. Stąd też uważam rokowanie w razie pojawienia się krwotoku w przebiegu wrzodu za wątpliwe i nieobliczalne. Wprawdzie i krwotok żołądka w przebiegu raka, ze względu na samą chorobę przedstawia rokowanie złe, jednak nagłe zejście śmiertelne po jednorazowym krwotoku w przebiegu raka należy do rzadkości.

3. Rozpoznanie krwotoku żołądka może być postawione z jednego z następujących objawów.

a) Jeżeli w przebiegu nieżytu kwaśnego, przy podejrzeniu na wrzód lub raka żołądka, wystąpią nagle przypadłości ostrej niedokrwistości (bladość powłok, tętno drobne, opad sił, zawrót głowy, omdlenie i t. p.), a żołądek wypełniony treścią, dającą się wyśledzić po odgłosie stłumionym pod łukiem żebrowym lewym, albo nawet ująć ręką w tem miejscu jakoby bochenek chleba. Niejednokrotnie można i z dat anamnestycznych, pytając się chorego o przypadłości ostrej niedokrwistości, nabrać przekonania, że chory z cierpieniem żołądkowem, przebył niepostrzeżenie krwotok żołądkowy, który najczęściej do wrzodu okrągłego odnieść należy.

b) Jeżeli przy objawach wskazujących wrzód lub raka żołądka występują stolce smołowo czarne, albo jeżeli one i bez szczególnych oznak chorobowych żołądka się okazują, a można wykluczyć inne źródła krwotoku (choroby jelit, wątroby, żyły bramnej, nowotwory i t. p.), które również podobne stolce wywołać mogą. Stolce wskutek krwotoku żołądka prawie zawsze bywają czarne; ciałek czerwonych krwi niema w nich wcale, tylko czarne ziarniste masy barwnikowe. Stolce czarne niekoniecznie muszą zawierać barwnik krwi. Po użyciu przetworów żelazistych, rtęciowych, znacznych ilości ciemno zabarwionych jagód, bywają stolce również prawie czarne. Niejednokrotnie trudno przychodzi wobec barwników żółciowych, w kale zawsze się znajdujących, dociec próbami mikrochemicznemi, czyli jest w nim barwnik krwi, czyli też nie, gdyż n. p., nawet kryształów Teichmanowskich ze stolców czarnych otrzymać nie można. Przy małych krwotokach żołądka należy to do

reguły, że krew w stanie zmienionym odchodzi tylko stolcem, również i w krwotoku w przypadkach raka, dzieje się to samo częściej, niż we wrzodzie żołądka. Wywiadując się u chorych o jakości stolców, dochodzi się do tego wyniku, że chorzy, jeżeli umieją przypadkowo coś powiedzieć w tym kierunku, to tak bałamutnie, że nigdy na ich podania spuścić się nie można.

c) Najpewniejszym objawem krwotoku żołądka są w y m i o t y k r w a w e (*haematemesis*). Jest to zjawiskiem zasługującem na uwagę, że żołądek wynaczynioną krew wydala zwykle przez wymioty, podczas gdy krew wprowadzona sztucznie do żołądka przechodzi przez cały przewód pokarmowy. Do wywołania wymiotów krwawych potrzebne jest nagromadzenie większej ilości krwi w żołądku. Wymiociny krwawe wyjątkowo tylko zawierają hemoglobinę, prawie zawsze przeszła ona pod wpływem kwasów na hematynę, stąd wejrzenie wymiocin ciemne, cisawe lub czarne. Zmiana ta szybko następuje, i to tem szybciej, im treść żołądkowa jest kwaśniejszą: 50 cm.^{3} krwi świeżej wprowadzonej do żołądka prawidłowego czczego, już po 5 minutach zamieniają się na masę cisawą, a w tym samym czasie giną zupełnie ciałka czerwone krwi (K. i I.), tak że podnoszone w podręcznikach istnienie ciałek czerwonych w wymiocinach krwawych w celach rozpoznawczych prawie nie istnieje, gdyż należy do rzadkości, a wtenczas wobec czerwonego zabarwienia całej masy świadczy o zupełnie świeżym krwotoku. Do wymiocin kwaśnych domieszana miazga pokarmowa, wykazująca właśnie pochodzenie krwi, sprawia zabarwienie jaśniejsze wymiocin, a oddziaływanie całej masy najczęściej kwaśne. Nie każda jednak ciemna masa wymiotowana jest krwią. Najrozmaitsze potrawy, cisawe lub czerwone jak jagody, owoce, soki, czarna kawa i t. p. a następnie przy rozstrzeni żołądka butwiejąca treść, dają nawet lekarzowi powód do wątpliwości i pomyłek. Należy przeto w przeważnej części przypadków dla bliższego rozróżnienia barwików starać się wytworzyć kryształy Teichmanowskie, a jeżeli te się nie udają, zniszczyć nieco masy ciemnej kw. solnym zgęszczonym ch. cz., i chloranem potasowym na płytce porcelanowej, dodać następnie rozczynu żelasinku potasowego, to silne zabarwienie niebieskie (błękit pruski) wskazuje na obecność żelaza a względnie barwika krwi. W niektórych wątpliwych przypadkach potrzebne jest użycie spektroskopu. Przesącz z treści żołądkowej zawierającej soki jagód (np. borówek) zabarwia się z ługiem potasowym na zielono.

Nie wszystkie wymiociny krwawe mają ten sam wygląd. Ważnem jest wiedzieć, że między wyglądem i zachowaniem się wymiocin krwawych w raku, a wrzodzie żołądka są znaczne różnice, mogące służyć do różniczkowego rozpoznania tych stanów chorobowych. Wymiociny krwawe we wrzodzie żołądka, pozostając pod wpływem nadmiernie wydzielanego kw. solnego, są c i e m n o c i s a w e, f u s o w a t e, mają woń właściwą speptonizowanej krwi, dają przesącz jasnocisawy, oddziaływanie na wolny kw. solny bardzo wyraźne, kryształy heminy tworzą się łatwo bez dodania soli kuchennej, a nawet same przez się przy kilkudniowem staniu, ciałek czerwonych krwi dostrzedz nie można. W raku żołądka wymiociny krwawe gromadzą się w żołądku zwolna, są zwykle zmięszane z pokarmami, barwy tylko szarej lub czokoladowej, woni nieprzyjemnej kw. organicznych lub cuchnącej kw. siarkowodowego, przesącz by-

wa żółtawy, bez wolnego kw. solnego, nie trawi sztucznie białka po zakwaszeniu, pod mikroskopem igiełki tłuszczu, znaczna ilość laseczników gnilnych, drożdży i t. p., a niekiedy na brzegach złogów barwnikowych zniekształtnione ciałka czerwone w postaci nieforemnych kulek żółtawych okrążonych ziarninami barwnika czarnego; kryształy Teichmanowskie z trudnością albo wcale niedadzą się otrzymać. Bez bliższego badania wymiocin krwawych przemawia nagłe wystąpienie silnych wymiotów krwawych, z objawami ostrej niedokrwistości, szczególniej woskowego zabarwienia powłok, za wrzodem, a nie rakiem żołądka.

Należy jeszcze pamiętać, że wymiotowana krew niekoniecznie bierze swój początek z żołądka, mogła ona się tam także przypadkowo dostać przy krwotokach kiszek (np. w wrzodzie dwunastnicy), płuc, krtani, nosa, albo wskutek pęknięcia żylaków w przełyku. Na te narządy w wątpliwych przypadkach należy zwrócić uwagę.

Może wreszcie zajść wątpliwość, czy krew wyrzucona przez jamę ustną została wykrztuszoną z płuc (*hämoptysis*), czyli też wymiotowaną z żołądka. W ostatnim przypadku ma ciecz wyrzucona przez chorych, zwykle poprzednio cierpiących na przypadłości żołądkowe, własności wyżej opisane, przyczem równocześnie wypuk nad żołądkiem okazuje się stłumionym, a stolec czarno ubarwiony, podczas gdy w pierwszym przypadku krew wykrztuszona jest jasno—lub ciemno-czerwoną, często pienistą, wzbudzającą smak słonawy, oddziaływania alkalicznego, ciałka czerwone bardzo dobrze utrzymane, a wykrztuszanie trwa zwykle całemi dniami u chorych najczęściej oddawna cierpiących na choroby płuc, w których obecnie przedstawiają się objawy przysłuchowe jako rozległe rzężenia grubo-bańkowe. O wiele trudniej jest dowiedzieć się od chorych, czy krew wykrztuszali czy też wymiotowali, gdyż wymiotowanie pociąga za sobą zwykle także i kaszel, a przy krwotokach płucnych zdarza się też, że krew bywa połykaną a potem wymiotowaną.

4. Leczenie krwotoku żołądka może być w pewnych przypadkach zapobiegawcze. We wrzodzie żołądka, w nieżycie kwaśnym, w nadmiernej kwasności, które to zboczenia chorobowo mogą prowadzić do tworzenia albo szerzenia się wrzodu, a ostatecznie do krwotoku, staramy się w razie dostrzeżenia powyższych chorób obniżyć nadmierne wydzielanie kw. solnego sposobami dyetetycznemi i leczniczemi, w odpowiednich ustępach wyżej podanemi. W raku żołądka zapobiegawcze leczenie krwotoku znaczenia niema, gdyż rozpadowi nowotworu przeszkodzić nie jesteśmy w stanie.

Właściwe leczenie krwotoku jest przeważnie wyczekujące. Możemy tylko usuwać niektóre okoliczności niekorzystnie wpływające na tworzenie się czopów w naczyniach. Przedewszystkiem chory z krwotokiem musi nieruchomo leżeć i psychicznie być uspokojony. Jeżeli krwotok objawia się wymiotami, staramy się czynność żołądka i jelit zastanowić przez podanie *Tinct. laudani simpl.* 15—20 kropel na dawkę, albo *Opii pulv.* 0,4 (6 gn.), *Magnesia usta* 1,0 (16 gn.) *M. f. p.* Nr. IV. *S.* Co trzy godziny proszek użyć. Jeżeli wymioty ciągle trwają, lub żołądek wypełniony jest znaczną ilością tre-

ści, to podajemy ten sam lek w czopkach, w dawkach dwa razy większych. Następnie wzbraniamy użycia właściwych pokarmów nietylko podczas trwania wymiotów, ale w następnych kilkunastu dniach, pozostawiając jedynie napoje, o których niżej mowa będzie. W celu powstrzymania krwawienia stosujemy podskórne wstrzykiwania, po kilka strzykawek Pravaza dziennie płynu. z *Extr. secalis cornuti aq.* 2,0 (32 gn.), *Aq. dest.* 10,0 ($2^2/_3$ dr.), albo też podaje się ten lek w czopkach 0,25 (4 gn.) na dawkę, kilka razy dziennie. Podobnie zasługuje na uwagę *Extr. fluid. Hydrastis canadensis*, i *Tinct. Rad. Gossypii*, z każdego płynu po 20—30 kropel na dawkę używać, lub w podwójnej ilości z kleikiem skrobii w lawatywie wprowadzić. Z leków mających bezpośrednio działać na wytworzenie czopu używano: *Plumbum acet.* 0,1 ($1^3/_5$ gn.) *p. d.*, *Tanini* zwiększającej częstokroć wymioty 0,3 ($4^4/_5$ gn.) *p. d.*, *Serum lactis aluminatum* po kieliszku, a ostatecznie *Liquor ferri sesquichl.* po 6 kropel na szklankę wody ocukrzonej, lub zmięszanej z białkiem kurzem lub z kleikiem; wszystkie te środki nie osiągają zamierzonego celu i są zbyteczne, jedynie rozczyn *ferri sesquichl.* może być pożyteczny, ale użyty dopiero po krwotoku, jako działający przeciw niedokrwistości. O wiele racyonalniejszem jest stosowanie zimna w czasie krwotoku, a mianowicie połykanie kawałków lodu, okład lodowy na okolicę żołądka w postaci worka kauczukowego, lub chłodnicy Leiterowskiej; zimnem zapobiega się równocześnie i przeciw wymiotom. Pragnienie, które w przebiegu krwotoku żołądka występuje, gasimy napojami lodem oziębionemi, jako to, zimną herbatą, zimną wodą białkową (1 białko jaja kurzego na szklankę wody z dodatkiem 0,02 ($^1/_{30}$ gn.) *saccharini*), a wystrzegamy się stosowania napojów musujących: wody sodowej, wina szampańskiego. W kilka dni dopiero po ustaniu krwotoku w tym samym celu można użyć: zimnej galarety, bardzo słabej kawy czarnej oziębionej, zimnego mleka kwaśnego, lodów kawowych, przyczem równocześnie żywimy chorego przez odbytnicę. Jeżeli krwotok wywołuje osłabienie nie stosujemy zaraz środków podniecających, jak np. wyskokowych, z obawy, aby przez podniecenie czynności serca, napowrót krwotoku nie sprowadzić. Chcąc w razach nieustającego krwotoku żołądkowego jeszcze racyonalne zabiegi lecznicze wykonywać, odciągamy krew do powierzchni ciała przez gorczyczniki, kąpiele nożne gorczycowe, założenie opaski na górne części kończyn, a jeżeli i to niepomaga, to przeciw omdleniu stosujemy środki podniecające (eter, kamforę, wyskok) podskórnie, amoniak do wąchania, a ostatecznie infuzye soli kuchennej lub transfuzye krwi.

Z wydalaniem krwi nagromadzonej w żołądku lub jelitach w żadnym przypadku śpieszyć się nie potrzeba; owszem należy uważać za pożądane, że pewne składniki krwi wobec przymusowego głodzenia chorego, zostaną wessane; na wystąpienie dobrowolne stolców można aż do tygodnia spokojnie wyczekiwać.

W krwotoku w przebiegu raka żołądka podobnie postępujemy, lecz z powodu złego rokowania co do samej choroby, musimy mieć więcej względu na chorego, aby przez zbyt gorliwą, a bezskuteczną medykacyą nie zrobić mu krótki czas uciążliwego życia jeszcze nieznośniejszem.

Jeżeli w przebiegu wrzodu krwotok żołądka wreszcie się zatrzyma, to musi chory jeszcze przynajmniej przez sześć tygodni pozostać w łóżku, całemi miesiącami zachować się jak najbardziej dyetetycznie, gdyż tak długo trwa obawa ponowienia się krwotoku, jak długo wrzód nie jest zabliźniony. Potem dopiero leczy się energicznie nieżyt kwaśny lub nadmierną kwaśność medykacyą domową, a korzystniej zdrojową, jak to w odnośnych ustępach było wskazanem.

Zupełnie podobne jest postępowanie przy leczeniu krwotoku, który nieobjawia się wymiotami lecz ostrą niedokrwistością, lub czarnemi stolcami. Jednak tu chcąc ścisłe leczenie przeprowadzić, spotyka się lekarz zwykle z niedowierzaniem ze strony chorego i otoczenia, a polecenia jego zostają zwykle ze szkodą dla pacyenta niewypełniane.

W krwotokach pochodzących wskutek wypicia żrących płynów, stosujemy wprzód odtrutki, zanim działać zaczniemy przeciw krwotokowi samemu. Krwotoki mniejsze powstałe przez połknięcie twardych przedmiotów lub przez sondowanie nie mają wprawdzie większego znaczenia, pomimo to należy zawsze choremu zabronić przyjmowania pokarmów przez 1—2 dni, a zastosować zewnętrznie i wewnętrznie zimno, gdyż ten niepokaźny na pozór krwotok może się okazać początkiem znacznych wynaczynień.

Czynne leczenie krwotoku żołądka jest chirurgiczne, o czem jeszcze będzie wzmianka w ustępie o chirurgicznych zabiegach w przebiegu wrzodu i raka żołądka.

XVI. Oznaki różniczkowe wrzodu okrągłego a raka żołądka.

wrzodu okrągłego	raka żołądka
1. Przeważna część chorych znajduje się w wieku młodszym lub średnim (niżej lub około 40 lat).	1. Choroba występuje najczęściej w wieku późniejszym ponad 40 lat.
2. Przypadłości gastryczne trwają zwykle całemi latami.	2. Przypadłości gastryczne rozpoczęły się najczęściej dopiero od kilku miesięcy.
3. Palenie, zgaga, odbijania kwaśno często się pojawiają.	3. Najczęściej nudności; zgaga i odbijania kwaśne tylko w razie rozstrzeni żołądka występują.
4. Łaknienie i pragnienie wzmożone.	4. Łaknienie najczęściej upośledzone.
5. Bóle ostre, gryzące lub przeszywające, znacznego natężenia.	5. Bóle ciągnące, więcej tępe i trwałe, chociaż zmiennego natężenia.
6. Wygląd chorych albo zdrowy, albo częściej niedokrwisty (skóra blada lub woskowa).	6. Chorzy już po kilkumiesięcznem trwaniu choroby przedstawiają charakterystyczne charłactwo (skóra szarawo-żółta, sucha, szorstka).
7. Stosunek ciałek krwi czerwonych do białych zwykle prawidłowy.	7. Ilość ciałek czerwonych względnie do białych znacznie zmniejszona (Fr. Müller).

8. Rzadko daje się wyczuć guz należący do żołądka.

9. Wymiociny zwykle zielonkowato-żółte, woni speptonizowanego mięsa, zawierają wolny kw. solny i trawią dokładnie białko.

10. Wymiociny krwawe zwykle obfite, wywołujące silny zapad, ciemnocisawe, fusowate, woni peptonizowanej krwi, zawierają wolny kw. solny, i wydają łatwo kryształy Teichmanowskie.

11. W żołądku czczym mniejsza lub większa ilość płynu mętnawego lub zielonkowatego, kwaśnego od kw. solnego, trawiącego zwykle białko, zawierającego liczne jądra ciałek wypocinowych i złuszczony przybłonek wałeczkowy (objawy nieżytu kwaśnego), a w przypadkach rozstrzeni żołądka, resztki pokarmów.

12. Na szczycie trawienia okazuje treść żołądkowa nadmierny stopień kwasoty wyższy nad 50=1,8 p. m. a pochodzący od wolnego kw. solnego (*Hyperaciditas digestiva*).

13. Przy zastosowaniu leczenia dyetetycznego przeciw wrzodowi okrągłemu poprawia się stan chorobowy, a względnie poprawia się odżywienie, i zwiększa ciężar ciała.

8. Często wyczuwa się guz lub wyniosłość guzowatą, przy dotyku tkliwą.

9. Wymiociny brudno-szarawe, woni gnilnej lub octowej, zawierają zwykle niestrawione pokarmy, nieokazują ani siły trawiącej, ani oddziaływania na wolny kw. solny; pod mikroskopem: igiełki tłuszczowe, liczne laseczniki gnilne i nitki pleśniawkowe.

10. Wymiociny krwawe, szarawe lub czokoladowe, o własnościach pod l. 9 opisanych, zawierają gdzieniegdzie niewyraźne szczątki ciałek czerwonych. Kryształy Teichmanowskie tylko wyjątkowo otrzymać można.

11. W żołądku czczym mała ilość cieczy śluzowej alkalicznej, zwykle cuchnącej, nie trawiącej białka, najczęściej z resztkami pokarmów, przybłonkiem płaskim i licznemi laseczkami gnilnemi (objawy nieżytu śluzowego), albo znaczna ilość gnijącej miazgi pokarmowej o własnościach pod 9 opisanych.

12. Na szczycie trawienia, pomijając bardzo nieliczne wyjątki, niema wcale kw. solnego wolnego, tylko kwasy organiczne.

13. Przy takim samem lekowaniu, przypadłości gastryczne się nie zmniejszają, a ciężar ciała szybko opada.

Choroby przewłoczne przebiegające ze zmianami w czynności mechanicznej żołądka.

Wspólna wypadkowa skurczów i ruchów robaczkowych dna i części odźwiernikowej żołądka (Sch. Hofmeister) objawia się wydaleniem danej ilości treści po pewnym czasie przez odźwiernik do dwunastnicy. Czas ten może się okazać albo skrócony, czyli m e c h a n i z m ż o ł ą d k a p r z y ś p i e s z o n y, albo przedłużony, czyli m e c h a n i z m u p o ś l e d z o n y. Za istnieniem

przyśpieszenia wydalania treści żołądkowej, przemawiają niektóre obserwacye kliniczne, jednak przyczyna tego niezdaje się polegać na zmianach anatomicznych ścian żołądka lecz na unerwieniu, stąd i o tem zboczeniu będzie mowa w dziale o nerwicach żołądka. Opóźnienie wydalania czyli osłabienie mechanizmu żołądka napotykamy prawie zawsze w połączeniu ze zmianą anatomiczną, która polega na powiększeniu pojemności narządu, przedstawiając obraz tak zwanej rozstrzeni żołądka. Ta może pojawiać się albo tylko w czasie wykonywania czynności trawienia, a potem znikać t. j. być czasową, albo istnieć i w żołądku nieczynnym (czczym) t. j. być trwałą.

XVII. Rozstrzeń żołądka czasowa, albo niedowład żołądka względny.

Ectasia ventriculi digestiva; E. v. atonica temporalis; Atonia ventriculi relativa; Insufficientia ventriculi mechanica (Rosenbach).

Zboczenie chorobowe polega na zwiotczeniu i upośledzeniu kurczliwości ścian żołądka, a to tego rodzaju, że żołądek czczy lub małą tylko ilością pokarmów napełniony wykazuje stosunki jeszcze prawidłowe, przy średniem już wypełnieniu przedstawia objawy niedowładu mechanicznego i rozstrzeni. Tu należy zaliczyć i te przypadki niejednokrotnie dające się obserwować, że za życia występują wybitne objawy rozstrzeni, a przy badaniu pośmiertnem znajdujemy żołądek skurczony, a nawet pod łukiem żebrowym ukryty. Tego rodzaju stosunki zdarzyło się i za życia spotkać chirurgom, którzy zabierając się do resekcyi odźwiernika na podstawie postawionego rozpoznania obecności znacznej rozstrzeni żołądka, po otwarciu jamy brzusznej nie znaleźli ani zaciśnięcia odźwiernika, ani rozpoznanej rozstrzeni.

Przyczyny wywołujące powyższe zboczenie mogą być wielorakie. Rozstrzeń czasowa występuje często u dzieci (Comby, Wiederhofer, Malibran) źle odżywionych, krzywicowych i t. p., u których źle odżywiony żołądek wskutek wprowadzania większych ilości pokarmów, daje podmiotowo i przedmiotowo wszystkie objawy rozstrzeni, który to stan w przeciągu kilku dni może się wytworzyć (*ectasia acuta*). Ten sam stan chorobowy żołądka napotyka się u osób dorosłych źle odżywionych, charłaczych np. w przebiegu niedokrwistości, blednicy, gruźlicy i t. d. U tego rodzaju osób natychmiast powstają objawy niedowładu mechanicznego, skoro chcemy podnieść ich stan odżywiania przez nagłe forsowne żywienie. Podobnie napotyka się niedowład względny w stanach ozdrowienia po ostrych lub ciężkich wyniszczających chorobach, po durze, wysiękach ropnych, sprawach poporodowych i t. d. Zauważano także co do niedowładu żołądka dziedziczne usposobienie. Nierzadko zdarza się spotkać rodziny, których kilku członków uskarża się na „słaby żołądek“. Rozstrzeń czasowa jest przeto objawem chorobowym bardzo częstym.

Rozstrzeń czasową rzadko napotyka się samą jako taką, towarzyszą jej w przeważnej części przypadków zboczenia wydzielnicze. Przedłużone bowiem zaleganie treści nie zmniejszającej się w tym stosunku, jak w żołądku zdrowym, zbyt zadraźnia błonę śluzową do wydzielania, i sprawia, że treść żołądkowa, nietylko jest obfitszą ale i o wiele kwaśniejszą, niż w stanie prawidłowym, czyli, że mamy jako objaw następowy (J.) nadmierną kwaśność podczas

trawienia (*Hyperaciditas digestiva;* p. ustęp III). Jest również prawdopodobnem, że pierwotna nadmierna kwaśność może wywołać niedowład mechaniczny, a względnie rozstrzeń czasową podczas trawienia (R. Sée). Spostrzeżenia kliniczne okazały bowiem, że przy nadmiernie kwaśnej treści w żołądku miazga pokarmowa wraca się, z żółcią zmięszana, z dwunastnicy napowrót do żołądka (J.) a przez to dłużej zalegając w żołądku, tenże nadmiernie obciąża. W przypadkach początkowej rozstrzeni czasowej należy przypuścić, że istnieją, co do wydzielania stosunki prawidłowe. Można także chociaż rzadziej napotkać rozstrzeń czasową w połączeniu z niedomogą wydzielniczą, albo nieżytem śluzowym.

Niedowład mechaniczny żołądka nieogranicza się tylko na ten narząd, lecz obejmuje często r ó w n o c z e ś n i e i j e l i t a (Sée), gdyż ta sama przyczyna która wywołuje osłabienie mechaniczne żołądka, sprawia także osłabienie jelit i upośledzenie ruchów czyli n i e d o w ł a d (atonią) tychże.

O b j a w y p o d m i o t o w e rozstrzeni czasowej z powodu powikłań ze zboczeniami wydzielniczemi przedstawiają się n i e j e d n o s t a j n i e, a mogą być nawet zakryte przez objawy bardzo rozwiniętych zmian wydzielniczych.

1. *Ectasia digestiva v. atonica temporalis* bez zmian wydzielniczych przedstawia jeszcze najłagodniejsze objawy dyspeptyczne: Po użyciu większej ilości pokarmów, najczęściej po obiedzie, nieprzyjemne uczucie pełności, prężenia, gniecenia w żołądku jakoteż uczucie sytości długo po jedzeniu trwające. Przedmiotowo zaś stwierdza się po spożyciu obiadu długo utrzymujące się stłumienie lub pluskanie w okolicy żołądka.

2. *Ect. atonica temporalis c. insufficientia secretionis v. c. catarrho mucoso* nie jest również częstą postacią chorobową, przedstawia przypadłości pod 1. opisane, a przy wybitnym nieżycie śluzowym dołączają się jeszcze objawy tegoż (p. ustęp XI). W treści żołądkowej napotyka się tu na liczne mikroorganizmy gnilne (koki, laseczniki).

3. *Ect. atonica temporalis cum hyperaciditate digestiva* jest nietylko najczęstszą postacią chorobową, ale pociąga za sobą bardzo znaczne dolegliwości podmiotowe: Odbijanie kwaśne, zgagę, pragnienie, nawet palenie i bóle w żołądku a u osób wrażliwych wymioty (p. ustęp VI). Obok tego istnieje często zaparcie stolca z powodu równoczesnego niedowładu jelit.

4. Należy jeszcze uwzględnić, że niedowład mechaniczny żołądka może być wywołany jeszcze przez inną przyczynę, a mianowicie może polegać na częściowem porażeniu ruchów żołądka, czyli być przyrody nerwowej, jako *atonia ventriculi paretica,* o czem przy nerwicach żołądka jeszcze mowa będzie.

R o z p o z n a n i e rozstrzeni czasowej (atonii) żołądka bywa bardzo często bez wykazania koniecznych objawów stawiane. Powinno się ono jednak na następujących szczegółach opierać: *a*) Pacyenci, którzy od dłuższego czasu albo za wiele jadali, albo w odżywieniu podupadli, czują się tylko dobrze przy użyciu małych ilości pokarmów, p o z j e d z e n i u w i ę k s z y c h i l o ś c i doznają objawów d y s p e p t y c z n y c h. *b*) Pluskania w żołądku czczym wywołać nie można, jednak po spożyciu obiadu trwa ono całemi godzinami, o wiele dłużej nad pięć godzin, i można je przez uderzenie palcem wskazującym

aż do wysokości pępka śledzić. Dając choremu rano naczczo do wypicia 1—2 szklanek wody lub mleka, otrzymuje się także pluskanie, które jednak tak daleko nie sięga, jak to miało miejsce po obiedzie. c) Bardzo racyonalnem jest postępowanie Piorryego w celu wyśledzenia rozstrzeni czasowej. Naczczo napija się chory 1—2 szklanek płynu; w pozycyi na wpół siedzącej oznacza się na okolicy żołądka pas stłumienia wypukiem, potem wprowadza się do żołądka po szklance płynu i oznacza znów pasy stłumienia, które według Penzoldta w stanie prawidłowym nawet po wypiciu jednego litra wody, leżą ponad linią pępkową poziomą. W razie niedowładu ścian żołądka pasy stłumienia pomimo zwiększania się płynu w żołądku zniżają się lub stoją w tym samym poziomie (Rosenbach), podczas gdy w stanie prawidłowym w miarę wlewania płynu do żołądka poziom cieczy, a tem samem i pasy stłumienia się podnoszą. Napięte lub grube powłoki brzuszne, zakrycie żołądka jelitami, sprawiają, że ten racyonalny sposób oznaczania rozstrzeni czasowej w wielu przypadkach staje się niewykonalnym; wtedy może jeszcze dopomódz trudny sposób oznaczania miejscowego szmerów bańkowych, wywołanych przez wdmuchiwanie powietrza przez sondę do żołądka (Rosenbach). d) Żołądek czczy jest zupełnie pusty a po wprowadzeniu wody przekroplonej do niego otrzymuje się ciecz obojętną, lub zwykle słabo kwaśną bez resztek pokarmów. Próby zaś trawienia żołądkowego wykazują na szczycie trawienia najczęściej zwiększoną kwaśność treści pochodzącą od wolnego kw. solnego. e) Badanie wydalania żołądkowego zapomocą próby salolowej, a nawet białkowej nie wykazuje często opóźnienia, takim bowiem małym ilościom użytym, podołają jeszcze ruchy i kurczliwość żołądka. Dopiero przy użyciu obiadu próbnego okazuje się, że po 7 godzinach, jeszcze bardzo znaczna ilość treści żołądek zalega. Dla otrzymania porównawczych wyników należy przy obiedzie próbnym używać tylko wprzód odważonych ilości pokarmów: 200 gm. rosołu chudego z 5 gm. kaszki jęczmiennej, 125 gm. mięsa w postaci befsztyku z 10 gm. masła, 35 gm. bułki, 3 gm. soli kuchennej, i 200 gm. wody studziennej do picia, a obiad w jednakowy sposób przyprawiać.

Rokowanie co do przywrócenia stanu prawidłowego jest w większej części przypadków pomyślnem. Jeżeli jednak działają ciągle na żołądek warunki niesprzyjające lub sprawa jest dziedziczną, albo polega na tle innej choroby niedającej się usunąć, to niedowład mechaniczny przyczynia się do zupełnego upadku odżywienia, albo do wytworzenia nieżytu kwaśnego z jego wszystkiemi następstwami. Trzeba jeszcze mieć tę okoliczność na uwadze, że osoby cierpiące na niedowład mechaniczny, czyli jak się sami wyrażają na „słaby żołądek“, już przy nieznacznych błędach dyetetycznych dostają nieżytu ostrego.

Leczenie zdąża do tego, aby przez odżywienie ścian żołądka podnieść kurczliwość tegoż, a to się dzieje przez podniesienie ogólnego odżywienia i zmniejszenie pracy mechanicznej narządu. Doświadczenie poucza, że skoro u dzieci lub rekonwalescentów, u których dla zapobieżenia zboczeń w trawieniu lekarz szczególniej musi być oględnym w żywieniu, poprawia się odżywienie, objawy rozstrzeni czasowej (atonii) ustępują. Lecząc sam narząd niedowładny stosujemy: Pokarmy w małych tylko ilościach, ale pożywne, przeważnie

stałe i to często, jak to szczegółowo w drugiej części Zarysu będzie wymienione. Mięsienie żołądka (Zabłudowski) w ten sposób, aby treść żołądka skierować do odźwiernika, a żołądek do ruchów pobudzić. Zimne natryski na okolicę żołądka przez 1—2 minut, względnie zimne nacierania powłók brzusznych. Faradyzowanie zewnętrzne lub wewnętrzne żołądka (p. Nerwice żołądka). Z leków podajemy: *extr. nucis vomicae* 0,02 ($^1/_3$ gn.) *c. Natrio bicarb.* 0,5 (8 gn.), albo *c. Magnesia usta* 0,2 (3 gn.), lub *c. pulv. Rad. Rhei* 0,5 (8 gn.), takich dawek cztery dziennie; albo podskórnie w powłoki brzuszne *strychninum nitricum* 3 mg. ($^1/_{20}$ gn.) na raz. W niektórych przypadkach polegających na niedokrwistości korzystnie działają przetwory żelaziste (*Pillulae Blaudi, ferrum oxyd. dyalisatum, fer. peptonisatum Drees, ferrum lacticum*) jako też *solutio arsenicalis Fowleri*, po 4—10 kropel dziennie, lub wody: Roncegno i Levico, 3—6 łyżeczek dziennie. Jeżeli towarzyszy znaczniejszy stopień *hyperaciditas digestiva*, to postępujemy według rady Pfungena, podając w 2 godziny po jedzeniu *natrium bicarbonicum* na koniec noża (1,0—1,5 gm.), a w pół godziny jeszcze połowę tej dawki. Najlepiej jest do tej ilości sody dodać 1% sacharynu, i zapić ciepłą mineralną wodą alkaliczną (Karlsbad, Vichy, Szczawnica, Rohitsch). Ciepłe okłady (blaszanka z wodą ciepłą) zastosowane na okolicę żołądka w czasie bólów lub gniecenia sprawiają szybko ulgę (p. ustęp III). Jeżeli niedowładowi mechanicznemu towarzyszy niedomoga wydzielnicza lub nieżyt śluzowy, stosujemy zimne napoje, wodę sodową zwyczajną, przepłókując nią żołądek, wodą sodową kwaśną, albo bardzo rozcieńczony kw. solny 1,0 (1,6 gn.) dil. na 100 (3 unc.) aq. d. wypijając takie dawki za pomocą rurki szklannej po jedzeniu, kilka razy dziennie (p. ustęp XI). Zalecamy jeszcze częste przepłókiwanie i oczyszczanie jamy ustnej, polecając dodawać do szklanki wody przepłóczkowej kilka kropel z środków przeciwgnilnych: *ac. carbolicum ol. menthae piperitae, tinctura gallarum* i t. p., gdyż według spostrzeżeń Kaczorowskiego, mikroozganizmy dostając się z jamy ust do miazgi pokarmowej zalegającej w rozstrzeni żołądka dłuższy czas, powiększają przypadłości żołądkowe.

Ogólne skrzepiające leczenie okazuje się najczęściej najskuteczniejszem. Jako takie należy uważać: Leczenie hydryatyczne, w miejscach klimatycznych wysoko położonych (Zakopane), w których nawet przy użyciu dyety napozór niestrawnej niedowład mechaniczny żołądka się zmniejsza. Będziemy jednak przestrzegać pacyentów przed takiemi zakładami, wodoleczniczemi, w których się nie indywidualizuje, lecz szablonowo, leje do żołądka kwartami wodę zimną i chude mleko z razowym chlebem, a mycia zimnego nie szczędzi, czyli wszystko się robi, aby osłabić jeszcze bardziej kurczliwość żołądka. Jeżeli niema powikłania z nadmierną kwaśnością wyższego stopnia, to dobrze działają pobudzające szczawy żelaziste i żelazisto-słone przy równoczesnem stosowaniu wielce pobudzających kąpieli (Żegiestów, Krynica, St. Moritz, Franzensbad, Kissingen). Ogólnie skrzepiającem leczeniem działamy nie tylko korzystnie na żołądek, ale w równej mierze i na niedowładne jelita.

XVIII. Rozstrzeń niedowładna trwała.

Ectasia ventriculi continua. Dilatatio ventriculi atonica (Sée et Mathieu).

1. Zboczenie chorobowe polega na tem, że żołądek wskutek upośledzenia kurczliwości i wiotkości ścian co do swych rozmiarów tak w stanie czczym, jak i podczas trawienia, czyli trwale jest powiększony, i przedstawia objawy opóźnionego wydalania treści, chociaż w odźwierniku niema przeszkody dla przechodzenia miazgi pokarmowej do dwunastnicy.

2. Etyologia choroby jest prawie ta sama, co rozstrzeni czasowej (atonii), tak że w wielu przypadkach należy przypuścić, że rozstrzeń trwałą poprzedzała przez dłuższy czas rozstrzeń czasowa (Rb.) Może ona jednak powstać w krótkim stosunkowo czasie przez wprowadzanie za wielkich ilości potraw lub napojów jak to bywa u takich dyabetyków, u których błona mięśniowa żołądka przed wystąpieniem choroby zmniejszoną kurczliwość posiadała. Ostatecznie może pociągnięcie ścian żołądka przez poprzecznicę uwięzgniętą, lub nowotworowo zmienioną, albo innego rodzaju przytwierdzenie ścian żołądka do otaczających narządów, wytworzyć trwałą rozstrzeń.

3. Rozstrzeni trwałej towarzyszy zawsze zboczenie wydzielnicze, a w przeważnej części przypadków trwałe wydzielanie soku żołądkowego w postaci nieżytu kwaśnego. Za przyczynę równoczesnego występowania nieżytu kwaśnego należy uważać tę okoliczność, że treść pokarmowa zalegająca prawie bez przerwy w żołądku niedowładnym, wprawia błonę śluzową tegoż w stan nieżytowy (J.) Jednak może w innych przypadkach rzecz się przedstawiać przeciwnie: trwałe wydzielanie soku żołądkowego wywołuje rozstrzeń wskutek następowego dłuższego zalegania pokarmów w żołądku, mającego swą przyczynę prawdopodobnie nie w skurczu odźwiernika, zadrażnionego silnie kwaśną miazgą pokarmową, jak to twierdzi R., ale w zwracaniu się treści z dwunastnicy do żołądka (J). U młodych wychudłych Izraelitów rozstrzeń trwała w połączeniu ze sokotokiem żołądkowym lub nieżytem kwaśnym jest bardzo częstym objawem. Napotyka się jeszcze, chociaż rzadko, rozstrzeń trwałą także równocześnie z nieżytem śluzowym.

4. Objawy chorobowe rozstrzeni trwałej nie występują zawsze w jednakowy sposób, zależy to od jakości towarzyszącego nieżytu i jego natężenia; dlatego musimy w tym kierunku rozróżnić *ectasia ventriculi stabilis cum catarrho acido v. cum catarrho mucoso.* Pierwsza kombinacya chorobowa rozwija się nieznacznie i powoli od bardzo długiego czasu, od wieku młodocianego, albo od jakiejś ciężkiej choroby. W miarę wprowadzania mniejszej lub większej ilości pokarmów, a z niemi połkniętego powietrza atmosferycznego, nie mogącego się z żołądka łatwo wydostać, pojawiają się odmienne przypadłości żołądkowe jak: uczucie pełności, gniecenia, rozdymania, odbijania, nawet bicia serca, trudności w oddychaniu, przemijające kłócie w podżebrzu lewem, czyli objawy choroby zwanej dyspepsia flatulenta. Obok tego doznają chorzy często silnego pragnienia, zgagi, i wilczego apetytu, pomimo że żołądek jest przepełniony pokarmami; są jednak okresy, gdzie łaknienie na pewien czas znika. Po użyciu płynów lub potraw, które rozcieńczają lub absorbują kwasy, doznają chorzy ulgi, ale tylko na kilka godzin, poczem znów przychodzi do po-

przednich dolegliwości, a szczególniej do uczucia podnoszenia się żołądka, nudności, rwania na wymioty, do których jednak pomimo znacznego wypełnienia żołądka często nie przychodzi a to z tego powodu, że wskutek wzmagania się ruchów żołądka znaczna część miazgi przechodzi do dwunastnicy. Przerwy między wymiotami bywają kilkodniowe, a wymiociny przedstawiają miazgę, zielonkowato żółtą, silnie kwaśną, woni właściwej speptonizowanego mięsa. Wessalność błony śluzowej badana jodkiem potasowym bywa upośledzona do 45 minut i dłużej (Penzold i Faber). Stolec bywa prawie zawsze zaparty z powodu przechodzenia małej ilości pokarmów do jelit, a więcej jeszcze ze względu, że ta sama przyczyna, która wywołuje osłabienie kurczliwości żołądka, także to samo sprawia i w jelitach. Wyjątkowo tylko istnieje biegunka, Mocz bywa skąpy, niekiedy obojętny lub alkaliczny, a przy częstych wymiotach chlorki zmniejszone. Chorzy są zwykle wychudli, niedokrwiści, z oczyma zapadniętemi, usposobienia przygnębionego.

W rozstrzeni trwałej, połączonej z nieżytem śluzowym, przypadłości podmiotowe są o wiele łagodniejsze. Sondowałem naczczo 30 letniego, dość dobrze odżywionego wieśniaka, który uskarżał się jedynie na brak łaknienia, i zatrzymanie stolców, a ku memu zdziwieniu mogłem wyciągnąć z żołądka 4 litry gnijącego gąszczu. Przy następnych badaniach żołądka okazało się, że tenże utracił zupełnie zdolność wydzielania kw. solnego.

5. Rozpoznanie rozstrzeni trwałej z powodu wybitniejszych objawów jest łatwiejsze niż czasowej. Ważniejsze szczegóły rozpoznawcze są następujące:

a) Okolica pod łukiem żebrowym lewym zwykle wypuklona, odgraniczona półksiężycowatym rowkiem, odpowiednio dolnej krzywiznie żołądka, po nad którą skóra przy ruchach oddechowych widocznie się porusza.

b) Dolna granica żołądka, której najniższy punkt w stanie prawidłowym leży na linii pionowej, przechodzącej przez środek, między linią przymostkową lewą a sutkową lewą na wysokości odpowiadającej $1/3$ odległości od wyrostka mieczykowatego do pępka, bywa obniżoną. Odgłos bowiem niski bębenkowy wywołany nad okolicą żołądka w pozycyi leżącej lub na wpół siedzącej, sięga przynajmniej do wysokości linii pępkowej poziomej. W razach wątpliwych wyników wypukowych, podajemy do wypicia 1—2 szklanek wody sodowej lub innego płynu; oznaczamy w pozycyi na wpół siedzącej albo stojącej pasy stłumienia według sposobu w ostatnim ustępie podanego. Wyniki wypukowe dla dolnej granicy żołądka są jednak często niepewne. Poprzecznica bądź wydęta, bądź wypełniona treścią, albo pętle jelit cienkich przykrywając często żołądek mogą stać na przeszkodzie, oznaczeniu dolnej jego granicy (Ponikło, Serönsen). Jeżeli stłumienie wypukowe w okolicy żołądka ma pochodzić od treści żołądkowej, a nie jelitowej, to przy położeniach bocznych lub przy wygięciu części brzusznej ku górze w pozycyi leżącej, odgłos wypukowy staje się jaśniejszym.

c) Przy przysłuchiwaniu okolicy żołądka stetoskopem, słyszy się szmer fermentacyjny jakoby pękających baniek, a przy wstrząsaniu tułowia pluskanie, które występuje także przy obrotach pacyentów w łóżku, albo wykonaniu

szybkich wdechów i zwraca uwagę samych chorych. Przy uderzaniu zaś powłok brzusznych średnim palcem ręki prawej możemy wywołać pluskanie do dolnej granicy żołądka, leżącej częstokroć niżej pępka. Należy jednak upewnić się przez kilkakrotne badanie naczczo, że niema biegunki, że nieużywano środków przeczyszczających lub lawatyw, a w razach wątpliwych starać się treść z żołądka zapomocą sondy wyciągnąć. Pluskanie jest jednym z najczęstszych objawów, na którym lekarz w praktyce prywatnej rozpoznanie rozstrzeni opiera, ma ono jednak tylko wtenczas wartość rozpoznawczą, jeżeli przy kilkurazowem badaniu występuje w żołądku czczym.

d) Sonda sztywna, nieco gałkowato zakończona, wprowadzona do żołądka, niepowinna sięgać swoim końcem, który daje się wyczuć przez powłoki brzuszne, poniżej linii łączącej *cristae anteriores superiores ossis ilei* (L.), jeżeli nie istnieje rozstrzeń trwała żołądka. Przy napiętych lub grubych powłokach końca sondy wyczuć nie można. Penzoldt podaje, że długość sondy w powyższy sposób wprowadzonej do żołądka, począwszy od dolnego jej końca, aż do zębów nie powinna przenosić w prawidłowym stanie $^1/_3$ wysokości ciała dotyczącej osoby. Sonda Ponikły daje dla tego rodzaju mierzeń dokładniejsze wyniki, gdyż pozwala w bardzo pomysłowy sposób oznaczyć, kiedy koniec sondy dotyka dolną ścianę żołądka. Użycie twardych sond przy manipulacyach żołądkowych jest dla chorych bardzo przykre i odstrasza ich od sondowania, dlatego powyższego rodzaju badań chętnie nieużywamy.

e) Oznaczenie pojemności żołądka wydaje się najpewniejszym środkiem w celu wykazania rozstrzeni. Pojemność żołądka możemy oznaczać albo przez wprowadzanie wody zapomocą sondy, co jednak ze względu na wielkie obciążanie żołądka potrzebną ilością wody (nieraz 4—6 litrów), wobec możliwości istnienia wrzodu i częstego osłabienia chorych żołądkowych nie zaleca się, albo przez wprowadzanie powietrza (J.) również zapomocą sondy, a to tak długo, dopóki silne uczucie prężenia nie nastąpi. W tym celu używa się wolumetru żołądkowego (J.) t. j. zwykłej flaszki Wulfa z dwiema szyjkami, z których w jednej znajduje się korek kauczukowy, a w nim lejek z długą rurką końcową, służący do wlewania do flaszki wody, wpędzającej powietrze do żołądka, w drugiej zaś szyjce przez jeden otwór korka kauczukowego przechodzi długa otwarta rurka manometryczna do mierzenia ciśnienienia powietrza, a przez drugi rurka dla połączenia flaszki ze sondą. Im więcej wody wlać można do flaszki szczelnie zamkniętej, tem więcej powietrza przeszło do żołądka. Doświadczenia moje wykazały, że do żołądka prawidłowego można wprowadzić przeciętnie półtora litra powietrza pod ciśnieniem 20—30 cm. słupa wodnego, nim wystąpi dokuczliwe prężenie; wprowadzenie dwóch lub więcej litrów powietrza wskazuje obecność rozstrzeni. Lecz zaledwie u każdego czwartego chorego, który nadto musi być do sondowania przyzwyczajony, można użyć wolumetru, gdyż przy wprowadzeniu powietrza powstaje odruchowość żołądka większa, niż po wprowadzeniu takiej samej ilości wody, tak że wiele osób już po wprowadzeniu małej ilości powietrza doznaje odbijania.

Wprowadzając do żołądka powietrze powyższym sposobem, lub za pomo-

cą balonu (Oser E.), rozdyma się żołądek, przez co kontury jego i granica dolna, jeżeli jest obniżona, dokładniej się zarysowuje, a różnica w odgłosie wypukowym nad żołądkiem a jelitami staje się wybitniejszą, stąd i odgraniczenie żołądka od innych narządów bywa łatwiejszem. Przez wydęcie bywają jednak prawidłowe granice żołądka przesunięte. Zamiast wydymania żołądka powietrzem, do czego trzeba używać sondy, uskutecznia się je, według Frerichsa, przez podanie proszków musujących, podając po łyżeczce kawowej *Natrium bicarbonicum* i *acidum tartaricum*, każdą z osobna, rozpuszczoną przynajmniej w pół szklanki wody, najlepiej sodowej. Wydymaniu żołądka przeszkadza podejrzenie na świeży wrzód żołądka (P.), skłonność do wzmożonego bicia serca, a w rzadkich przypadkach niedowład odźwiernika, o czem przy nerwicach mowa będzie.

f) Upośledzenie wydalania treści żołądka okazuje się tak przy użyciu próby białkowej, jako też próbnego obiadu. Upośledzenie to w rozstrzeni trwałej nie ogranicza się na kwadransie czasu, ale wynosi kilka godzin. Wykazanie opóźnienia wydalania miazgi pokarmowej jest najważniejszą kliniczną oznaką rozstrzeni, gdyż gdyby tego zboczenia czynnościowego nie było, rozstrzeń żołądka przebiegałaby prawie bez przypadłości gastrycznych. Łatwiejsza do zastostowania niż wymienione próby, bo nie wymagająca użycia sondy, jest próba salolowa (E.): 1 gram salolu podany z wodą najlepiej po spożyciu pokarmów, przechodząc z żołądka do alkalicznego soku jelitowego doznaje rozkładu na karbol i kw. salicylowy, które wessane dają w moczu zakwaszonym kw. solnym po dodaniu *liqu. ferri sesquichlorati* oddziaływanie fiołkowe. W prawidłowym stanie występuje to oddziaływanie po 40—60 minutach przy upośledzeniu wydalania później, po 2–3 godzinach. Należy jednak pamiętać, że w razie alkalicznej treści żołądkowej, rozkład i wessanie może już w żołądku nastąpić, przy nadmiernie kwaśnej treści może rozkład opóźnić się tak długo, aż zupełne zobojętnienie w dwunastnicy nastąpi. Obok tego okazuje próba salolowa tylko początek dostawania się treści żołądkowej do jelit, czyli wystąpienie pierwszego skutecznego ruchu robaczkowego żołądka, kiedy zaś się kończy wypróżnienie zupełne narządu, o co właśnie przy badaniu chodzi, z tej próby się nie dowiemy.

g) Badanie wewnętrzne czczego żołądka wykazuje, albo pewną ilość treści, mętnawej, przez żółć zielonkowato zabarwionej, mocno kwaśnej, jaką napotykamy w nieżycie kwaśnym (p. ustęp VIII, 5), albo w innych przypadkach, mniejszą lub większą ilość resztek zalegających pokarmów, zawierających mierną ilość grzybków i wytworów fermentacyjnych (kw. mlekowy, masłowy, octowy i t. d.). Stąd należy rozróżnić dwa stopnie rozstrzeni trwałej: formę lżejszą (*ectasia levis*) bez trwałego zalegania pokarmów i formę ciężką (*ectasia gravis*), w której żołądek od treści żołądkowej nigdy się nie wypróżnia.

Oznaki, któremi się w codziennej praktyce kierujemy, aby rozpoznać trwałą rozstrzeń, jest pluskanie, dające się wielokrotnie stwierdzić w żołądku czczym i próba salolowa, jeżeli oddawanie moczu ze strony pacyenta nie przedstawia trudności, a opóźnienie wystąpienia oddziaływania przenosi 2 go-

dziny. Jeżeli użycie sondy miękkiej jest możliwe, to znajdowanie się resztek pokarmów w żołądku czczym stanowi niezawodny dowód istnienia rozstrzeni trwałej, a jeżeli niema tego objawu, to możność wprowadzenia dwóch lub więcej litrów powietrza do żołądka czczego, obok wykazania opóźnienia wydalania próbą białkową lub obiadem próbnym, wynoszącego kilka godzin dowodzi również istnienia rozstrzeni trwałej.

6. Pod nazwą *Ectasia paradoxa* (J.) opisane zostały przypadki rozstrzeni, w których pluskanie i wypuk obok objawów dyspeptycznych okazują obecność rozstrzeni żołądka, a jednak przez sondowanie nawet po wlaniu wody, płynu z żołądka wydobyć nie można. Tu należy przypuścić, że istnieje częściowa rozstrzeń w postaci uchyłków powstałych przez bliznowate zaciągnięcia, lub wypuklenia ścian np. po wrzodach okrągłych.

Można jeszcze napotkać osoby, u których istnieją przedmiotowe objawy rozstrzeni, jak pluskanie, wypukowe obniżenie granic i powiększona pojemność żołądka, jednak upośledzenia wydalenia, i objawów podmiotowych, właściwej rozstrzeni niema. Należy sobie przypomnieć tylko naszych górali zjadających na jeden obiad po 4 litry ziemniaków z mlekiem (*polyphagia*), albo piwoszów spijających tyleż piwa, a nieuskarżających się pomimo tak wielkiej pojemności żołądka na przypadłości dyspeptyczne. Mamy tu rzeczywiście do czynienia z rozstrzenią żołądka, ale wyrównaną zwiększoną kurczliwością błony mięśniowej (*ectasia compensata*), nieprzedstawiającą jeszcze objawów chorobowych. Skoro jednak, w razie upośledzenia ogólnego odżywienia błona mięśniowa żołądka osłabnie to z rozstrzeni kompensowanej, zwanej u laików wielkim żołądkiem, wytworzy się rozstrzeń niedowładna, trwała, z bardzo uciążliwemi przypadłościami nieżytu kwaśnego.

Wreszcie może wrodzone obniżenie całego żołądka przedstawić objawy fizykalne rozstrzeni (Ott). W tym wypadku wykazuje badanie wewnętrzne prawidłowe wydalanie miazgi pokarmowej i prawidłową pojemność.

7. Rokowanie w rozstrzeni trwałej jest o wiele gorsze, niż w czasowej. W kilku przypadkach rozstrzeni długotrwałej szczególniej u izraelitów młodych zauważyłem że po 1—2 letniem leczeniu, objawy podmiotowe rozstrzeni znikały, chorzy pokarmy dobrze znosili, odżywienie się wzmogło, jednak objawy fizykalne rozstrzeni: pluskanie, obniżenie dolnej granicy, częściowo pozostały. Należy więc przypuścić, że rozstrzeń przez lepsze odżywienie stała się kompensowaną. Zrozumiałem wydaje się, że rozstrzeń w formie lżejszej, gdy w żołądku czczym niezalegają jeszcze pokarmy daje o wiele lepsze rokowanie, niż rozstrzeń ciężka. Wielce prawdopodobnem jest jeszcze, że trwała rozstrzeń z nieżytem kwaśnym prowadzi albo do przerostu błony śluzowej żołądka, albo do wrzodu części odźwiernikowej, przez co rokowanie staje się mniej korzystne.

8. Leczenie rozstrzeni trwałej lżejszego stopnia jest prawie to same, co i rozstrzeni czasowej, gdyż chodzi tu o polepszenie odżywienia narządu i przeciwdziałanie nieżytowi kwaśnemu, lub śluzowemu (p. str. 35). Tylko co do wód mineralnych należy być oględniejszym: nie należy niemi obciążać zbytnio żołądka, lecz stosować je w małych dawkach, natomiast często i przez długi czas, najlepiej w stanie ogrzanym, gdyż wtedy najskuteczniej

działają na błonę śluzową i najszybciej bywają wessane. Uważam za stosowne zamiast używania większych ilości wody, podawanie ługów lub „soli“ z wód mineralnych sporządzonych w rozczynie tych wód np. soli karlsbadzkiej w proszku w wodzie karlsbadzkiej rozpuszczonej. Polecenia godnem jest także podawanie soli w postaci prasowanych pastylek (*pastilli compressi*) ważących około pół grama (8 gn.) np. z *Natrium hydrocarbonicum*, *Magnesia usta* i t. p. W rozstrzeni połączonej z nieżytem śluzowym, niebędziemy stosować soli lecz kw. solny (p. str. 17).

Leczenie rozstrzeni trwałej jest bardzo żmudne i bardzo powolnie postępuje; w ciężkiej rozstrzeni nie wystarczają nawet wszystkie sposoby leczenia podane dla rozstrzeni czasowej. Wielokrotnie doświadczyłem, że dopiero wtenczas odnosi lekowanie tu skutek, jeżeli żołądek zostaje wprzód p r z e z p r z e p ł ó k a n i e uwolniony od zalegających go trwale, pokarmów. Przez wydalenie miazgi pokarmowej rozkładającej się, błonę śluzową drażniącej, a żołądek rozciągającej, usuwamy przyczynę wytwarzającą rozstrzeń i nieżyt kwaśny, a równocześnie działamy pobudzająco na cały przewód pokarmowy, co się tem objawia, że po przepłókiwaniach zaparcie stolca często samo przez się ustępuje (Km.), a trwa niezmiennie w cieśni odźwiernika. Przepłókujemy żołądek w przypadkach rozstrzeni trwałej najstosowniej późnym wieczorem, podając choremu od południa począwszy, potrawy gęstawe lub płynne, aby przez brak kawałków ułatwić sobie przepłókiwanie. Po przepłókaniu pozostaje chory bez pokarmów, aż do rana, aby żołądek mógł się skurczyć, a błona śluzowa pozostać bez podrażnienia. Jeżeli chory jest mocno osłabiony, czuje silną czczość w żołądku, lub dotkliwe pragnienie, można mu pozwolić wypić w nocy małą szklankę herbaty, wody białkowej, a nawet zjeść jaje miękkie, lub lepiej surowe. Przepłókuje się żołądek zwykle codziennie; jednak są chorzy, którzy albo z powodu samej choroby, albo wskutek płókania doznają osłabienia. Wtedy należy robić przerwy, wśród których przypadnie łagodzić dolegliwości pochodzące z zalegania pokarmów, okładami ciepłemi (blaszanką z ciepłą wodą) na okolicę żołądka, a nawet wstrzykiwaniami podskórnemi morfiny. Trwanie każdego przepłukiwania, w przypuszczeniu że chory sondę dobrze znosi, zależy od tego, czy szczątki pokarmów w cieczy przepłuczkowej przestają się już pojawiać. Pierwsze dwa lub trzy przepłókiwania dokładnie uskutecznić się nie dają z powodu zalegania kawałków pokarmów na dnie żołądka i niecierpliwości pacyentów. Często trzeba przeszło pół godziny czasu użyć i może dziesięć litrów wody przez żołądek przepuścić, nim go się dokładnie od miazgi pokarmowej wypróżni. J a k o ś ć płynu służącego do przepłókiwania zależy od stanu chorobowego narządu. W każdym przypadku rozpoczyna się przepłókiwać czystą w o d ą c i e p ł ą; zimna nietylko źle roztwarza treść i śluz, ale oziębia niepotrzebnie wychudłych i niedokrwistych chorych. Po wydaleniu treści przepłókuje się w dalszym ciągu ciepłemi rozczynami wodnemi: przy wzmożonem wydzielaniu kw. solnego, 1—1$^1/_2$% sody lub boraksu, albo ogrzanemi wodami: Karlsbadzką, Szczawnicką, Vichy; przy obecności fermentacyi lub gnicia ciepłemi rozczynami: 2—3% kw. borowego, 1% resorcynu, $^1/_2$% kw. salicylowego, 1% kreolinu albo *aqua chloroformiata* dziesięć razy rozcieńczona, je-

żeli niema przeciwwskazania do stosowania chloroformu. Przy używaniu kameleonu do przepłókiwań zauważyłem wzmaganie się dolegliwości tak podmiotowych jak i przedmiotowych. Ważnem jest przy przepłókiwaniach, aby płyn użyty o ile możności z żołądka wydalić. Dla przekonania się o skuteczności przepłókiwań w rozstrzeni trwałej robimy od czasu do czasu próby, podając choremu wieczerzę próbną składającą się z 35 gm. bułki, 125 gm. pieczonego mięsa wołowego i szklanki herbaty. Przez zbadanie żołądka rano dowiadujemy się, czy żołądek od pokarmów się wypróżnia, to znaczy, czy forma rozstrzeni ciężka przeszła w lekką. Z tego rannego badania wnioskujemy równocześnie po ilości kwasu i po składnikach morfotycznych, czy nieżyt kwaśny się zmniejszył, albo zupełnie ustąpił. Jeżeli się te pomyślne objawy okażą, to stosujemy przepłókiwania coraz rzadziej, a przechodzimy do leczenia podanego dla rozstrzeni czasowej.

Jeżeli przepłókiwania zastosować się nie dadzą, to polecano wyprowadzanie treści środkami wymiotnemi jak to przy *gastritis acuta* (ustęp III, 6) podano, albo i bez tychże, jedynie wdmuchiwaniem powietrza rozpylaczem do połyku. Jednak pobudzania do wymiotów w rozstrzeni ciężkiej pochwalać nie można, gdyż po nich chorzy już i tak osłabieni, doznają jeszcze większego osłabienia, a wypróżnienie żołądka pomimo wymiotów nie jest dokładne. Natomiast bywają przez francuzkich lekarzy zalecane środki drastyczne: *Aloës*, *Gummigutti*, *Colocynthides*, *Jalappa*, *Podophyllinum*, np. według przepisu Kussmaula: *Rp. Pulv. Aloës*, *Extr. Colocynth.*, *Pulv. Jalappae aa* 1,0 (16 gn.), *Syr. Rhei et Pulv. Rhei q. s. u. f. pill. ponderis* 0,25 (4 gn.) Nr. XX. *D. S.* Jednę lub dwie pigułki według potrzeby użyć. Aczkolwiek nie sprawdzono jeszcze drogą doświadczalną, czy powyższe środki przyśpieszają także wydalanie treści z żołądka, jednak działają one dobrze na dolegliwości towarzyszące rozstrzeni żołądka, sprowadzając równocześnie obfite stolce, których zatrzymanie jest ciągłą troską chorych żołądkowych. Stąd się tłumaczy, że chorzy z rozstrzenią żołądka uciekając się do pigułek Morisona lub Brandta doznają czasowej ulgi. Użycie środków solnych jako rozwalniających okazuje się w rozstrzeni żołądka najczęściej bezskuteczne.

Nie mogąc stosować przepłókiwań przy sprawach fermentacyjnych lub gnilnych przepisujemy wewnętrznie: *Natrium salicylicum* 0,5 (8 gn.), lub *Bismuthum salicylicum* 0,5 (8 gn.) na dawkę 3—4 razy dziennie. Polecane bywają jeszcze *ac. carbolicum* (Minkowski), kreozot (Mankopff, Benzol, Naunyn), albo kreolin, każdego leku po 0,1 ($1^3/_5$ gn), na dawkę, kilka razy dziennie przed jedzeniem stosować.

Leczenie zdrojowe ciężkiej rozstrzeni trwałej, przy zwyczajnym sposobie stosowania wód mineralnych wydaje najczęściej ujemne wyniki, jak miałem sposobność się przekonać o tem w Karlsbadzie. Chorzy tylko pozornie się leczą, gdyż po kilkunastu dniach przypadłości stają się jeszcze większe, niż były, a ciężar ciała z powodu potrzeby przestrzegania ścisłej dyety znacznie opada. Otrzymałem jednak w tych przypadkach dopiero wtenczas dobre skutki lecznicze, jeżeli chorzy zdecydowali się na wieczorowe przepłókiwania żołądka ciepłą wodą mineralną, poczem przez noc niczego nie spożywali, rano zaś

wypijali przy źródle swoje kubki wody, która teraz mogła wprost podziałać na oczyszczoną błonę śluzową żołądka. Bez przepłókania, woda mineralna dostając się do obfitej miazgi pokarmowej, nietylko nie wywiera żadnego działania na żołądek, ale owszem przyczynia się do obciążenia tegoż.

Przy wiotkich powłokach brzusznych staramy się żołądek podeprzeć podpaskami flanelowemi, co okazuje się koniecznem, jeżeli istnieje rozstęp mięśni prostych.

XIX. Rozstrzeń żołądka następowa. Cieśń odźwiernika.

Ectasia ventriculi consecutiva. Stenosis pylori.

Zmniejszenie światła odźwiernika wytwarza opór dla przechodzenia pokarmów z żołądka do dwunastnicy, a doszedłszy do pewnego stopnia, nie daje się pokonać nietylko prawidłową, ale i zwiększoną kurczliwością ścian żołądka, co powoduje zatrzymywanie się pokarmów i następową r o z s t r z e ń m e c h a n i c z n ą ż o ł ą d k a, przybierającą ostatecznie ogromne rozmiary, gdyż dolna granica żołądka może sięgać do spojenia łonowego a pojemność dochodzić do 10 litrów. Błona śluzowa żołądka znajduje się najczęściej w stanie nieżytu kwaśnego, przedstawiając *état mamelonné*, rzadziej zanikowego. Błona mięśniowa w pierwszym okresie choroby t. j. w czasie kompensacyi zgrubiała, przerosła, w późniejszych zaś przedstawia włókna mięsne tłuszczowo zwyrodniałe lub zanikłe. Jeżeli ściany żołądka są ścieńczałe, można zauważać rozstęp włókien mięsnych.

P r z y c z y n ą z m n i e j s z e n i a ś w i a t ł a o d ź w i e r n i k a może być albo ucisk z zewnątrz, albo zgrubienia wewnętrzne. Uciskowe zaciśnięcie odźwiernika może pochodzić od kątowatego przegięcia się dwunastnicy (Km.), od zaciągnięcia części odźwiernikowej błonami wrzekomemi po zapaleniach otrzewnej, przez ugniecenie odźwiernika guzami, wychodzącemi z lewego płatu wątroby, głowy trzustki i t. d. Przyczyny zmniejszenia światła od wewnątrz mogą być: wrodzona cieśń odźwiernika, przerost błony śluzowej, polipy, guzy nowotworowe w części odźwiernikowej, bliznowate zaciśnięcia po wrzodach odźwiernika lub dwunastnicy. Rozstrzeń przy zaciśnięciu odźwiernika powoli się wytwarza: z początku, z powodu kompensacyjnego przerostu ścian żołądka niema nawet objawów rozstrzeni, dopiero w miarę zmniejszania się światła odźwiernika i osłabnięcia kompensacyjnej kurczliwości ścian, poczyna się rozstrzeń wytwarzać.

O b j a w y r o z s t r z e n i n a s t ę p o w e j są te same, jakie w poprzedzającym ustępie były wymienione, lecz przypadłości podmiotowe są dolegliwsze; oprócz tego okazują się jeszcze inne dla tego rodzaju rozstrzeni c e c h u j ą c e o b j a w y, po których można często rozróżnić rozstrzeń z powodu cieśni odźwiernika od rozstrzeni przy zupełnie drożnym odźwierniku: *a*) Rozstrzeń poprzedziły objawy wrzodu lub raka żołądka (krwotoki żołądkowe). *b*) Wymioty z n a c z n y c h i l o ś c i miazgi pokarmowej występują b a r d z o c z ę s t o, co drugi dzień lub codziennie. W wymiocinach można dostrzedz pokarmy przed kilkoma dniami spożyte. *c*) Żołądek czczy zawiera naczczo bardzo znaczną ilość pokarmów. *d*) W treści żołądkowej b a r w n i k ó w ż ó ł-

ciowych dostrzedz nic można (J.) chyba żeby to była cieśń po wrzodzie w dwunastnicy. *e*) Sprawy fermentacyjne dochodzą do wysokiego stopnia: w treści żołądkowej znaczna ilość laseczników gnilnych (cieśń rakowata), lub grzybków fermentacyjnych, woni silnie kwaśnej od kwasów tłuszczowych, albo gnilnej od zasad amoniakalnych lub kw. siarkowodowego, które to produkta rozkładu wessane wywołują według Littena zapad zwany *coma dispepticum*, podobny do *coma diabeticum*. Może nawet przyjść do wytworzenia się obfitych ilości gazów, które od świecy lub cygara zapalić się mogą. Przypadek tego rodzaju przez kol. G. i przezemnie obserwowany miał za podstawę chorobową, raka odźwiernika. *f*) Próby na wessanie wykonane jodkiem potasowym wprowadzonym do żołądka w ilości 0,2 gm. za pomocą sondy wykazują brak oddziaływania na jod w moczu nawet po 12 godzinach (J. i G.) *g*) Odźwiernik daje się wyczuć przez chude powłoki brzuszne w postaci guza leżącego najczęściej w okolicy pępka. *h*) W okolicy żołądka okazuje się falowanie powłok brzusznych w kierunku odźwiernika [niepokój robaczkowy (Km.)], który w pewnych przypadkach może także pochodzić od jelit cienkich leżących ponad żołądkiem L. *i*) Chlorki w moczu bywają często zupełnie zniesione, jeżeli przy obfitych wymiotach istnieje nieżyt kwaśny; objaw ten zdarza się często przy cieśni po wrzodzie odźwiernika. *j*) Przez częste wymioty wobec trwałego wydzielenia soku żołądkowego ubożeją tkanki we wodę i chlor, wskutek czego chorzy doznają przejściowego tężca kończyn (Km.), popadają w apatyą i nieprzytomność. W końcu przestają chorzy wprawdzie wymiotować, lecz to jest złą oznaką, gdyż z powodu zbytnego osłabienia ustroju skuteczne ruchy wymiotne wystąpić nie mogą i chorzy są już blizcy końca.

Rokowanie jest w ogóle niekorzystne i zależy od przyrody zmian w odźwierniku, tak że bez poznania tychże rokowania pewnego postawić nie można. Przy zaciśnięciu zewnętrznem jest rokowanie korzystniejsze, niż przy wewnętrznem. Przy przeszkodzie wewnątrz odźwiernika, najniekorzystniejsze rokowanie jest w przypadkach raka. Następnie zależy rokowanie od tego, czy przypadek przedstawia szanse operacyjne, czyli też nie, o czem w osobnym ustępie mowa będzie. Leczyłem jednak przypadek bardzo znacznej, przez 2½ roku trwającej rozstrzeni żołądka, powstałej u 50-letniego mężczyzny wskutek wrzodu odźwiernika przedstawiającego wszystkie typowe objawy kliniczne; w przeciągu lat czterech przy nieustającem leczeniu domowem i trójrazowym pobycie w Karlsbadzie rozstrzeń zupełnie ustąpiła. Miazga pokarmowa przedtem stale zalegająca w znacznej ilości w żołądku czczym, obecnie się już wcale nie znajduje; chlupania, występującego przedtem stale poniżej pępka, teraz zaledwie po obiedzie wywołać można, wszystkie objawy nieżytu kwaśnego, jak pragnienie, zgaga, wilczy apetyt znikły zupełnie, a stolec przedtem zawsze zaparty obecnie regularnie występuje.

Leczenie rozstrzeni następowej jest to samo co i trwałej, jednak bez przepłókiwań trudno tu się obejść. Przy stosowaniu tychże może chory jeszcze latami utrzymać się. Przepłókiwań sami chorzy się domagają i uczą się łatwo wprowadzania sobie sondy, a inteligentnym chorym, których życie wskutek zaniechania przepłókiwań bywa zagrożone, można sondę miękką powierzyć do

domu, przymocowując do jej górnego końca sznurek, aby przypadkowo nie została połkniętą (L.). Jeżeli tylko małe ilości pokarmów przechodzą przez odźwiernik, należy w celu utrzymania życia podawać enemy żywiące. Jedynym i ostatecznym środkiem mogącym przywrócić drożność zaciśniętego odźwiernika jest droga operacyjna, o czem będzie mowa niżej.

XX. Oznaki różniczkowe

rozstrzeni czasowej (atonii) a	rozstrzeni trwałej.
1. Dolegliwości żołądkowe występują tylko po jedzeniu.	1. Dolegliwości żołądkowe trwają prawie ciągle.
2. Wymioty bywają tylko w małej ilości przypadków.	2. Wymioty częściej się pojawiają, a ilość wymiocin obfita.
3. Fizykalne objawy rozstrzeni pojawiają się dopiero po napełnieniu żołądka pokarmami.	3. Fizykalne objawy rozstrzeni trwają bez przerwy.
4. W żołądku czczym pluskanie się nie pojawia.	4. W żołądku czczym wyraźne pluskanie wywołać można.
5. Przy badaniu wewnętrznem żołądka czczego stosunki prawidłowe, a podczas trawienia zwykle nadmierna kwaśność pochodząca od wolnego kw. solnego.	5. W żołądku czczym albo objawy nieżytu kwaśnego, albo obecność resztek pokarmów.
6. Próba białkowa i salolowa wykazują czas wydalania prawidłowy, albo o niewiele opóźniony.	6. Te same próby wykazują opóźnienia liczące się na całe godziny.
7. Wessalność błony śluzowej żołądka nie okazuje upośledzenia.	7. Wessalność błony śluzowej znacznie upośledzona.
8. Osoby chore bywają bardzo młodemi albo nawet dziećmi.	8. Choroba wytwarza się przeważnie w wieku średnim.

XXI. Zabiegi chirurgiczne w przebiegu chorób żołądkowych. *)

Kilka razy wspominano w poprzedzających ustępach o zabiegu chirurgicznym w rozmaitych cierpieniach żołądka, jako o środku, który w danym razie może oddać dobre usługi, a nieraz nawet bywa jedynie skutecznym. Nie trzeba tylko z zalecaniem zabiegu tego zwlekać aż do ostatniej chwili, jak to dotychczas bywało i jeszcze często bywa, ale w przypadkach odpowiednich użyć go wtenczas, kiedy jest pora stosowna. W ten sposób leczenie chirurgiczne chorób żołądka stanie się pewniejszem, a mniej niebezpiecznem. Nic dziwnego, że teraz, kiedy prawie dopiero *in extremis* lekarz zaleca próbować operacyi jako *ultimum refugium* — może dopiero po oświadczeniu chorego, że woli umierać, niż dalej żyć w takich cierpieniach, powiadam, nic dziwnego, że teraz wyniki zabiegu operacyjnego nie są świetne, tak co do śmiertelności, jako i co do pe-

*) Niniejszy ustęp pióra prof. Rydygiera został za zezwoleniem Szanownego Autora przedrukowany z Medycyny Nr. 41. 1888.

wności wyleczenia na dłuższy czas. Zawisło tu też wiele od tego, w jakiem cierpieniu podjęliśmy operacyą.

Wskazania do różnych zabiegów operacyjnych znajdujemy w przebiegu następujących chorób żołądkowych: 1. W obec ciał obcych w żołądku. 2. W obec ran przedziurawiających ściany żołądka. 3. W obec przetok żołądka. 4. W obec krwotoku z wrzodu okrągłego. 5. W obec bliznowatego zwężenia odźwiernika. 6. W obec raka odźwiernika.

1. W obec ciał obcych w żołądku przystępujemy tylko wtenczas do operacyi, jeżeli kształt i wielkość ciała obcego nie dozwala spodziewać się, że może być wydalonem drogami naturalnemi. Trzeba wiedzieć, że stosunkowo dość wielkie przedmioty, byleby nie miały zbyt ostrych końców i brzegów, mogą bez wyrządzenia szkody zostać wydalone przez odbytnicę. Wiadomo np. że po kilku dniach odchodziły z kałem połknięte monety wielkości talara, kule, ciężarki ważące 50 gm., mniejsze klucze, a nawet igły. W przypadkach dostania się tego rodzaju przedmiotów do żołądka nie należy przyśpieszać wydalania ich środkami przeczyszczającemi, ale podawać do jedzenia potrawy gęste (kaszę, ryż, ziemniaki tarte i t. p.), aby one utworzyły większe masy kału gęstego, któryby otoczył połknięte przedmioty i przeszkodził zranieniu lub uwięzgnięciu ich w jelitach podczas przechodzenia przez przewód pokarmowy. Niekiedy bywają połknięte ciała wymiotowane, jak np. sonda żołądkowa połknięta w przypadku Leubego wydostała się przez ruchy wymiotne dopiero po czternastodniowym pobycie w żołądku. Najczęściej podejmowano operacyą celem wydobycia połkniętego noża lub widelca. Takiem np. było wskazanie do pierwszej operacyi tego rodzaju, jaką podjął Daniel Schwalbe jeszcze w r. 1635, a dodać winniśmy, że chory ocalał po wydobyciu noża. W dwóch przypadkach (Schönborn, Thornton) wydobyto drogą operacyjną z żołądka guzy dość znacznych rozmiarów, składające się z włosów zlepionych: chore przy czesaniu odgryzywały końce włosów i połykały. Obie operowane wyzdrowiały. Od operacyi wstrzymać niepowinny, przypadki, tylko wyjątkowo szczęśliwie przebiegające, jak znany Cunnings'a, w którym to chory po pijanemu połknął 4 noże; 3 z nich odeszły stolcem, a czwartego nigdy więcej nie spostrzeżono.

Operacyą tę, gdzie nacinamy powłoki brzuszne i żołądek, a następnie po wydobyciu ciała obcego natychmiast znowu zaszywamy, tak ranę żołądka, zapuszczając go do jamy brzusznej, jako i ściany brzuszne, nazywamy gastrotomią, w przeciwstawieniu do gastrostomii, gdzie na czas krótszy lub dłuższy zakładamy przetokę żołądkową.

Wskazanie do gastrotomii dają nam prawie wyłącznie zwężenia w okolicy wpustu żołądka i dolnej części przełyku bądź to przyrody rakowatej, bądź bliznowatej. Rokowanie po gastrotomii podjętej w obec rakowatego zwężenia jest bardzo smutne. Jak dotychczas tylko około 15% chorych przetrzymuje zabieg operacyjny, żeby po niezbyt długim czasie odżywiania przez przetokę umrzeć na pierwotne cierpienie. Zwolennicy tej operacyi twierdzą, że ta zastraszająca śmiertelność zmniejszyłaby się znacznie, gdyby się chorzy wcześnie zgłaszali, kiedy ich siły jeszcze nie są wyczerpane. Trudno atoli tak od chorego, jak i jego lekarza żądać, żeby ostatni zalecał, a pierwszy zgodził się

w takim już okresie na operacyą, kiedy jeszcze przechodzą przez zwężenie choćby tylko płynne pokarmy; zwłaszcza, że przez ostrożne zaprowadzanie cew przełykowych, lub—jak w ostatnich czasach zalecano—przez pozostawienie odpowiedniej cewki w samem miejscu zwężenia na dłuższy czas (nawet przez kilka miesięcy) można choremu zabezpieczyć, byt wcale znośny, a przynajmniej nie przykrzejszy, niż odżywianie przez przetokę żołądkową, nie narażając chorego na niebezpieczeństwo bezpośrednie zabiegu krwawego. Z dniem zaś, kiedy chory nie może połykać potraw nawet płynnych, siły jego opadają tak gwałtownie i szybko, że w najkrótszym czasie występuje ogromne wycieńczenie, tyle niebezpieczne dla podjęcia operacyi.

Zupełnie inaczej należy oceniać gastrostomią, podjętą wobec z w ę ż e n i a b l i z n o w a t e g o. W takim razie może nam zabieg operacyjny oddać podwójną, a nawet potrójną usługę. Najprzód torujemy sobie drogę do odżywiania chorego, jeżeli zwężenie nie przepuszcza pokarmów drogą naturalną, i sondy już przez zwężone miejsce nie przechodzą. Powtóre zdarza się, że właśnie po kilkudniowem odżywianiu przetoką, uda nam się sondę przez zwężenie przeprowadzić, i następnie je rozszerzyć. Tłumaczy się to w ten sposób, że po kilkudniowem niedrażnieniu miejsca zwężonego ustępuje obrzęk i dozwala przeprowadzić sondę tam, gdzie dawniej to się nie udawało. A wreszcie służy nam otwór sztuczny w żołądku do rozszerzania zwężonego miejsca od dołu w tych przypadkach, gdzie żadnym sposobem od góry przez przełyk nie mogliśmy sondy choćby najcieńszej przez zwężenia przeprowadzić. Znanych jest kilka przypadków, gdzie chorych w ten sposób uleczono, kiedy długie i mozolne zabiegi z góry zostawały bez skutku (Bergmann, Schattauer i inni). Hacker zaleca w przypadkach zwężeń, drożnych tylko dla cienkich strun, przywiązać do jednego końca struny dren i przeciągnąć go przez zwężenie: mocno rozciągnięty dren z łatwością wejdzie w zwężone miejsce, a skoro ustanie rozciągnięcie będzie wracał do pierwotnych rozmiarów i dzięki swej sprężystości powoli rozszerzy zwężenie rozpierając go ze znaczną siłą. W ostatnich czasach zalecano też, żeby przez otwór gastrostomiczny r o z s z e r z a ć m e c h a n i c z n i e z w ę ż e n i a o d ź w i e r n i k a.

2 R a n y ż o ł ą d k a, czy to postrzałowe, czy też cięte należy zaszyć *(gastrorrhaphia)*. Jeżeli zraniona część żołądka wypadła na zewnątrz, natenczas niema żadnej wątpliwości, że należy ją zaszyć, a oczyściwszy wypadniętą część na powrót odprowadzić. Gdzie brzegi rany są poszarpane lub stłuczone, jak ran postrzałowych, tam wycinamy odpowiednią część ściany przed zaszyciem rany. Inaczej zapatrywano się aż do ostatnich czasów na rany żołądka niedostępne bezpośrednio dla oka. Do tego rodzaju ran należy też zaliczyć p ę k n i ę c i e ż o ł ą d k a z innych przyczyn np. wrzodu okrągłego. Pierwszy zwróciłem uwagę na to, żeby w przypadkach p r z e d z i u r a w i e n i a ż o ł ą d k a p r z e z w r z ó d, wykonać laparotomią, okroić brzegi i zaszyć. Rozumie się, że taki zabieg operacyjny, może być tylko wtenczas dobrym skutkiem uwieńczony, jeżeli zaraz lub w pierwszych godzinach po pęknięciu go wykonamy. Wprawdzie dość rzadko znajdziemy się w tak szczęśliwem położeniu, że szybka pomoc wprawnego chirurga jest pod ręką, ale w takich przypadkach jest

zabieg operacyjny koniecznie wskazany, i na to się zgadza dziś większość chirurgów. Spodziewać się należy, że interniści uznają za przykładem Leydena to wskazanie, mając na uwadze, że po przebiciu przez wrzód okrągły bywa prawie niechybnem zejście śmiertelne, a lekowanie wewnętrzne w takich przypadkach podług słów doświadczonego Leubego „ogranicza się zwykle na przygotowaniu lekkiego skonu". Tak samo w obec ran zadanych ostremi narzędziami lub kulą dziś większość chirurgów skłania się do czynniejszego postępowania, i daje pierwszeństwo zabiegowi operacyjnemu przed podawaniem leków kojących ból i wstrzymujących ruchy robaczkowe. Kocher w powyższy sposób uratował chłopcu życie, który z odległości pięciu kroków wystrzałem z pistoletu Floberta trafiony został w okolicę żołądka. Wczesne rozpoznanie przedziurawienia żołądka tak w jednym, jak w drugim przypadku jest najważniejszem, trafia niestety nieraz na niemałe trudności, ale dlatego właśnie stanowi szczytne zadanie wspólne medycyny wewnętrznej i chirurgii.

3. Przetoki żołądkowe mniejsze, goją się zwykle bez większego zabiegu chirurgicznego, wystarczy przyżeganie lapisem lub termokauterem. Większe przetoki zamyka się po okrwawieniu brzegów szwem, lub przesuwa się płaty z najbliższego otoczenia. Gdzie sposoby te nie prowadzą do celu, zaleca się odłączanie ściany żołądka od powłok brzusznych, wygładzenie brzegów rany żołądka, zaszycie jej, a nareszcie po zapuszczeniu żołądka do jamy brzusznej połączenie brzegów rany z powłokami szwem osobnym (Billroth).

4. Wskazanie do chirurgicznego zabiegu wobec krwotoku z wrzodu okrągłego, jakie również pierwszy podałem, jest względne, i może tylko wtenczas znaleść zastosowanie, jeżeli nie możemy krwotoku w inny sposób zatamować i jeżeli pomoc chirurgiczna szybko jest na miejscu. Wiadomo, że nawet znaczne krwotoki z wrzodu okrągłego ustają dość często bez zabiegu chirurgicznego i trzeba na to wielkiego doświadczenia, żeby rozstrzygnąć, kiedy już środki wewnętrzne nie wystarczą do zatamowania krwotoku, i kiedy należy przystąpić do operacyi. Jaworski dostrzegał, że jeżeli krwotok żołądkowy w jednym okresie chorobowym trzy razy się powtórzy, to chory zwykle już jest stracony. W takich więc przypadkach nie należy zwlekać operacyi i tracić czas na mniej energiczne, a bezskuteczne leczenie. W odpowiednich przypadkach trzebaby wykonać laparatomią i wyciąć wrzód, z którego krwotok powstał, jeżeli się znajduje na przedniej ścianie, bez dalszych zabiegów, a jeżeli na tylnej, to dopiero po otwarciu żołądka przez dostateczne nacięcie przedniej ściany. Wycięcie wrzodu i podwiązanie krwawiących naczyń, a następnie zeszycie rany uważam za pewniejsze, niż wypalenie wrzodu termokauterem, bo pierwszem postępowaniem od razu usuwamy krwotok i wrzód.

5. Kiedy jako wskazanie do wycięcia odźwiernika postawiłem wrzód żołądka, zwężający część odźwiernikową, i opisałem przypadek z dobrym skutkiem operowany, gdyż operowana jeszcze dzisiaj po siedmiu latach ma się wybornie, i już po operacyi kilkoro dzieci porodziła, wtenczas znalazła się początkowo silna opozycya, dopiero po oświadczeniu się Leubego i Billrotha, że wycinanie w tych przypadkach więcej ma widoków powodzenia, niż w obec raka, uznano ogólniej słuszność tego

wskazania. Rozumie się, że i tu zachodzą pewne ograniczenia. Mianowicie, jeżeli są znaczne zrosty z otoczeniem, damy pierwszeństwo Wölflerowskiej gastroenterostomii. Sam w takim przypadku wykonałem pierwszą tego rodzaju operacyą, a chory jeszcze w trzy lata później miał się dobrze. W innych przypadkach, gdzie wrzód jest zagojony, a chodzi tylko o zniesienie zwężenia bliznowatego, możnaby nieraz użyć z korzyścią sposobu Heineke'go, jakiego użył też Mikulicz: nacina się ścianę żołądka w kierunku równoległym do osi jego, a następnie zeszywa się otwór ten w kierunku przeciwnym tak, że linia szwu stoi pionowo do osi żołądka. Jeszcze w innych przypadkach będzie można za przykładem Czerny'ego wyciąć tylko sam wrzód lub bliznę, i odpowiednio zeszyć ściany żołądka nie wycinając okrężnie całych ścian. Który z tych sposobów wybierzemy, zależy od poszczególnego przypadku, i nie daje się ogólnikowo oznaczyć.

6. Nareszcie daje rak odźwiernika wskazanie do zabiegów operacyjnych na żołądku, a mianowicie do resekcyi żołądka i do gastroenterostomii. Rozszerzanie mechaniczne odzwiernika zapomocą palca, jak to zalecał Loreta, w obec zwężenia rakowatego niema żadnego znaczenia, a wobec zwężenia bliznowatego po wrzodzie sądzimy, że na dłuższy czas nie wystarczy, znając skłonność blizn do ponownego skurczania się.

Resekcya żołądka zwróciła w pierwszych czasach ogólną uwagę na siebie. Jak wiadomo najprzód Péan, po nim ja, później Billroth i inni wykonywali tę operacyą, i w krótkim czasie uzyskała tak wielkie wzięcie, że już w roku 1886 Richter zebrał 103 przypadki resekcyi żołądka, z których 75 zakończyło się bezpośrednio śmiertelnie, a z pozostałych 28 bardzo mała liczba doczekała się pierwszej rocznicy operacyi. Tak złe wyniki ostudziły znacznie pierwotny zapał, a dziś uważamy tylko te przypadki raka okolicy odźwiernikowej za odpowiedne do resekcyi, gdzie guz jest dobrze ruchomy i niema zrostów z narządami sąsiednemi, a mianowicie z wątrobą i trzustką, oraz gdzie siły chorego jeszcze nie zanadto są wycieńczone, jednem słowem, przypadki świeższe. W takich razach jesteśmy stanowczo za operacyą, która w tych warunkach podjęta nie będzie nadzwyczaj niebezpieczną, a dozwala wcale nie źle rokować co do powrotu nowotworu, gdyż, jak doświadczenie uczy, przerzuty nie bywają wcale tak nadzwyczaj częste, a narządy sąsiednie i dalsze są nawet rzadziej zajęte, niż w raku innych okolic np. w raku sutka, gdzie się wcale nie namyślamy czy mamy wykonać operacyę. Rozpoznanie raka żołądka w pierwszym okresie przedstawia bez wątpienia znaczne trudności, ale teraz, kiedy tylu klinicystów zajmuje się właśnie tym przedmiotem, spodziewać się należy, że i tu przyjdzie medycyna wewnętrzna w pomoc chirurgii. Jeszcze trudniej, rozpoznać przed rozpoczęciem operacyi, czy są jakie zrosty, a nawet w wielu przypadkach jestto wcale niemożliwe. Mimo to niepowinniśmy zbytecznie ociągać się z laparotomią w przypadku z oznakami znacznego zwężenia odźwiernika. Jeżeli znajdziemy znaczne zrosty i nie możemy wykonać resekcyi, natenczas pozostaje nam jeszcze gastroenterostomia Wölflera, operacya mniej niebezpieczna, niż resekcya, a usuwająca przynajmniej dokuczliwe objawy zwę-

żenia odźwiernika. Polega ona na połączeniu odcinka żołądka znajdującego się przed zwężeniem z początkiem jelita cienkiego.

Sposobu operowania nie opisujemy, gdyż znaleść go można w podręcznikach chirurgii, krótki zaś opis bez rycin nie przyczyniłby się do dokładnego zrozumienia, a przechodzi zakres niniejszego streszczenia.

XXII. Sposoby otrzymywania treści żołądkowej. *)

1. W celu wydobywania treści z żołądka są w użyciu cewy żołądkowe zwane „sondami“, stosowane pierwszy raz 1822 r. przez angielskiego lekarza Busha przy zatruciach. Dobra sonda żołądkowa ma następujące własności: *a*) Jest z najmiększego kauczuku cisawo-czerwonego, tak zwanego patentowanego, aby jak najmniejsze zadraźnienie sprawić przy wprowadzaniu. *b*) Długość wynosi conajmniej 75 cm. gdyż na samą odległość od dna żołądka do zębów liczy się przeciętnie 55 cm., grubość zaś średnicy około 10—12 mm. Dla lepszego zoryentowania się należy górną część sondy opatrzeć podziałką centymetryczną. *c*) Górna część sondy powinna być lejkowato zakończoną dla dogodniejszego wprowadzenia cieczy i dla lepszego przystosowania rurki lub korka. *d*) Dolna i najważniejsza część sondy jest zamkniętą i zupełnie miękką, aby przy wprowadzeniu nie podrażniała do ruchów; opatrzona jest dwoma podłużnemi naprzeciwległemi oczkami, umieszczonemi o ile możności jak najniżej, jedno na $1/2$ a drugie na 1 cm. od dolnego końca licząc. W razie wyższego położenia oczek, sięga górne ponad powierzchnię cieczy w żołądku, przezco dokłane wypróżnienie staje się prawie nie możliwe. Jeszcze racyonalniejszą okazuje się sonda z otwartym końcem (O. E.) i okienkiem na $1/2$ cm. nad końcem sondy umieszczonem, a równocześnie z kilkoma drobnemi otworkami leżącemi naprzeciw oczka (Sch.). Praktyka okazała jednak, że tego rodzaju sondy przechodząc brzegiem końcowym po błonie śluzowej połyku i przełyku podrażniają wiele osób do krztuszenia się i wymiotów. W celu sondowania osesków używa Ebstein cewników Nelatona Nr. 8, 9, 10. Sond twardych, najlepiej jeszcze plecionych angielskich, które w wodzie gorącej zanurzone mięknął, tylko w poszczególnych celach się używa (p. str. 39 *d*). Wprowadzenie ich jest dla chorych wielce nieprzyjemnem.

2. Sonda wziernikowa (gastroskop) Mikulicza, mająca postać rury metalowej niepodatnej, grubości palca wielkiego, umożliwia uwidocznienie pewnych partyi żołądka przez elektryczne oświetlenie przy pomocy systemu zwierciadeł. Autor przyrządu dostrzegał np. trójkątną szparę odźwiernikową otoczoną czerwonemi fałdami błony śluzowej wykonywającemi żywe ruchy. Byłoby bardzo pożądanem, aby dalsze próby w tym kierunku były przedsiębrane, a przyrząd przez dalsze uproszczenia i umożliwienie łatwiejszego wprowadzania wszedł do ogólnego użytku lekarskiego.

3. Wprowadzenie sondy miękkiej jest przy dobrej woli pacyenta łatwe. Jeżeli pacyent obawia się sondowania, to należy wprzód przed-

---

*) Czytelników chcących szczegółowo poznać metody badania żołądka, odsyłamy do pouczającej pracy d-ra Pacanowskiego: „O badaniu i rozpoznawaniu chorób żołądka”. Warszawa 1888.

sięwziąć tę manipulacyą na osobie już kilkakrotnie sondowanej w obecności pacyenta. Przed sondowaniem każe się pacyentowi kilkakrotnie przepłókać jamę ustną wodą przekroploną, aby stąd niedostały się zanieczyszczenia do treści żołądkowej. Podobnież wymyć należy sondę i swoje ręce w obecności chorego wodą przekroploną. Chorego poucza śię jeszcze, aby na dany znak wykonywał ruchy połykowe, bez których sonda przez połyk by się niedostała, aby swobodnie oddychał, niekrztusił się, i nie miał trwogi, że się udusi. Przed sondowaniem należy jeszcze odmierzyć na sondzie odległość, od pępka aż do brzegu zębów, aby przy przesuwaniach sondy można się łatwiej oryentować. Wprowadza się koniec sondy biorąc go prawą ręką, jakoby pióro do pisania w odległości 10 cm. od dolnego końca, do otwartej jamy ustnej, dążąc do górnej części połyku, a gdy sonda przybliża się do tylnej ściany połyku, każe się wykonywać ruchy połykowe, wtedy przy lekkiem wpychaniu sondy przechodzi ona z małym oporem ponad tylną częścią krtani, która to chwila jest najkrytyczniejszą, gdyż chory doznaje albo silnego drażnienia do kaszlu, albo uczucia dławienia, albo sonda się zagina i zwija. Dla tego należy sondę przez to miejsce szybko przepchnąć, następnie kazać zaprzestać połykać, a natomiast swobodnie oddychać i sondę aż do punktu zaznaczonego zwolna posuwać, aby przez podrażnienie błony śluzowej żołądka zbytnich odruchów nie wywoływać. U wielu pacyentów potrzebne jest wprowadzenie palca lewej ręki, a to w celu silnego przyciśnięcia szczęki dolnej, inaczej nie są w stanie ruchów połykowych wykonywać. Dla uchronienia się od ukąszenia dobrze jest włożyć korek między zęby trzonowe. Bywają osoby, u których z powodu silnej wrażliwości błony śluzowej sondy wprowadzić nie można. Wtenczas pomaga poprzednie pędzlowanie podniebienia miękiego i połyku 4—5% rozczynem chlorku kokainowego. Przy sondowaniu bierzemy jednak na uwagę, możliwość wprowadzenia sondy do tchawicy (Gersuny), co objawia się napadami silnego krztuszenia się i sinicą. Nie należy chorym dozwalać kaszlać, krztusić się i obok sondy wymiotować, a to z obawy, aby się treść niedostała do tchawicy i nie wywołała zrazikowego zapalenia płuc.

W pewnych przypadkach należy zupełnie zaniechać sondowania, a mianowicie: *a)* W razie obawy lub istnienia krwotoku żołądka szczególniej wskutek wrzodu, chociaż niektórzy autorowie francuscy, a ostatniemi czasy Minkowski widzieli dobre skutki wypróżnienia żołądka z treści krwawej. Ja miałem w zeszłym roku starszą pacyentkę, która z powodu bólów połączonych z ciemnemi wymiotami przyszła się zaradzić. Dla rozstrzygnięcia, czy niema się tu z rakiem do czynienia, wypadało użyć sondy, lecz w przypuszczeniu, że może wymioty, które przed kilkoma dniami się pojawiły były krwawe, sondowania zaniechałem, i tego nie pożałowałem. W tydzień potem przedsięwzięta sekcya szpitalna wykazała przebicie ściany żołądka przez rozpadający płaski nowotwór rakowy. Oprócz tego w kilku miejscach były tak znaczne ubytki warstw żołądka, że tylko przeświecała błona surowicza, która z wielką łatwością dała się przebić. *b)* W chorobach narządu krążenia, jakoto: przy zmianach miazdżycowych znacznego stopnia, wobec tętniaków i w niewyrównanych wadach zastawkowych serca. *c)* U osób

b a r d z o o s ł a b i o n y c h, a szczególniej w charłactwie starczem, gdyż osłabienie po sondowaniu staje się jeszcze większe.

Wydobycie treści żołądkowej zapomocą sondy ma albo cel terapeutyczny (Km. 1867), albo dyagnostyczny (L. 1871), albo doświadczalny, które to zastosowanie przezemnie rozpowszechnione wyrugowało w znacznej części doświadczenia nad trawieniem żołądkowem, wykonywane przedtem wyłącznie na zwierzętach lub przypadkowych przetokach u ludzi.

4. Już przez samo sondowanie może być żołądek u niektórych osób tak zadrażniony, że wypycha pewną część treści przez sondę w ilości dostatecznej do zbadania. Przy równoczesnem użyciu tłoczni brzusznej w sposób jaki się przy stękaniu odbywa wydalanie bywa przyśpieszone. Ten sposób otrzymywania treści zwany przez E. w y t ł a c z a n i e m nie w każdym przypadku się udaje, a może być jeszcze prostszym sposobem i bez sondy wykonany przez podrażnienie połyku chorągiewką od pióra, lub przez wdymanie powietrza zapomocą rozpylacza w to miejsce.

5. Dla dokładnego wypróżnienia żołądka i zebrania treści, jako też w celu zabezpieczenia od zawodu przy wytłaczaniu łączy się sondę z przyrządami ssącemi. Używając tych przyrządów, należy zwrócić uwagę na następujące okoliczności: Dla dokonania dokładnego wypróżnienia żołądka należy sondę powoli to na dół, to w górę przesuwać, gdyż oczko górne może się znajdować ponad cieczą, z powodu za wysokiego umieszczenia albo i oczko dolne z przyczyny za silnie łukowatego zgięcia dolnego końca sondy przy głębokiem wprowadzeniu. Przesuwania sondy, co choremu zawsze pewien rodzaj nieprzyjemności sprawia, nie należy nigdy przedsiębrać podczas próżni w żołądku, lecz wprzód wpuścić powietrze, gdyż b ł o n a ś l u z o w a wklinowana w oczko może być bardzo łatwo podczas przesuwania w y r w a n ą. Aczkolwiek według dotychczasowych obserwacyi przypadki oderwania błony śluzowej przebiegały bez żadnych przypadłości, to jeżeli się większe strzępy błony śluzowej dostrzeże, albo ciecz wypływająca z żołądka jest czerwonawo zabarwiona, należy sondowanie przerwać, a choremu przez cały dzień podawać tylko zimne płyny w małych ilościach (p. str. 31). Oderwania drobnych strzępów błony śluzowej w niektórych przypadkach, jak w nieżycie śluzowym ustrzedz się nie można, a strzępy te dają materyał do badania mikroskopowego.

Z a t k a n i e s i ę s o n d y kawałkami treści pokarmowej staramy się usunąć, przez wdmuchiwanie powietrza zamierzając wydobyć nierozcieńczoną treść, albo przez wprowadzenie wody stosownie do konstrukcyi przyrządu aspiracyjnego, a jeżeli i to drożności nie przywraca, należy sondę wyjąć. Żadną sondą nie można żołądka w zupełności opróżnić z płynu. Stosownie do osoby pozostają w żołądku rozmaite ilości płynu (50 i więcej cm³). Są nawet przypadki, że pomimo obecności znacznej ilości płynu, który przedtem np. dla doświadczenia do żołądka wlano, tegoż sondą wcale wydobyć nie można *(ectasia paradoxa* p. ustęp XVIII. 6).

6. Zapomocą znanego powszechnie s p o s o b u l e w a r o w e g o można w najprostszy sposób otrzymać treść ze żołądka, ale rozcieńczoną pewną ilością wody. R. powiada jednak, że otrzymuje sposobem lewarowym treść żołądkową

zupełnie nierozcieńczoną. To byłoby tylko wtedy możliwem, gdyby połączono wytłaczanie i lewar razem ze sobą, lub zamiast z lejkiem, połączono z rurką kauczukową balon kauczukowy, który po zgnieceniu rozciąga się i wciąga treść z żołądka. W celu przepłókania żołądka jest sposób lewarowy bardzo dogodny. Trzeba jednak i tu także wielkiej wprawy, gdyż zdarza się niejednokrotnie, że przy użyciu lewara więcej wody zostaje w żołądku, niż pierwotnie było treści, a to się dzieje zwykle, jeżeli w żołądku znajdują się kawałki pokarmów, co chwila światło sondy zatykające.

7. W celu p r z e p ł ó k a n i a ż o ł ą d k a wyborne oddaje usługi modyfikacya lewara żołądkowego, podana przez L. Rosenthala. Do sondy wkłada się jedno ramię *A* rury szklannej mającej kształt *T*; drugie ramię *B* łączy się zapomocą rury kauczukowej, ze zwyczajnym irrygatorem na podwyższeniu umieszczonym, a trzecie ramię *C* kończy się dłuższą rurą kauczukową, tworząc drugie ramię lewara. Tym przyrządem może chory sam sobie wygodnie urządzić przepłókiwania. Przy wypuszczaniu z irrygatora wody rurą *B* i *C* zostaje treść z żołądka porwaną, a gdy już przestanie wypływać wprowadza się ciecz z irrygatora do żołądka przez rurę *B* i *A*, zaciskając tymczasem palcem lub ściskaczem rurę *C*, poczem powtarza się tę samą manipulacyą co na początku, aż dopóki zupełnie czysta woda z żołądka zacznie wypływać.

Również dobre usługi oddają przyrząd Adamkiewicza ze sondą *à double courant* i przyrząd ssący Reichmana.

8. Chcąc o ile możnośei całą iość niezmienionej treści żołądkowej dokładnie zebrać, a przytem żołądek przepłókać, albo wykonywać doświadczenia nad



Fig. 1.

trawieniem żołądkowem, używam od wielu lat aspiratora żołądkowego (Fig. 1) składającego się z flaszki aspiracyjnej *A* wypełnionej wodą zwyczajną, zbiornika *E*, w którym się treść żołądkowa gromadzi, jeżeli przez wypływanie wody z flaszki *A* przez rurkę *h* wytworzy się próżnia w *A*, *E* i w żołądku. Chcąc przepłókać żołądek, wpuszcza się do niego płyn z naczynia *B* przez rurkę, która była przedtem ściskaczem *m* zamkniętą, poczem przez pierwszą manipulacyą żołądek się wypróżnia. Napełnianie i wypróżnianie żołądka powtarza się, aż do oczyszczenia go z treści.

Przy leczeniu niedowładu mechanicznego lub niedomogi wydzielniczej naczynie *B* zastępuje się syfonem z zimną wodą sodową zwyczajną lub kwaśną, z którego ostrożnie wprowadza się kw. węglowy z zimną wodą w celu podrażnienia narządu, czyli urządza się tak zwaną kąpiel gazową żołądkową (J.).

9. Dla celów lekarskich jest bardzo dogodnym, bo przenośnym i niezawodzącym, aspirator żołądkowy Czyrniańskiego wyrabiany u mechanika Reinera w Wiedniu. Wielka flaszka aspiracyjna powyższego przyrządu jest tu zastąpioną małym balonikiem ssąco-tłoczącym, za pomocą którego według potrzeby, można albo treść z żołądka wyciągnąć, albo płyn do żołądka wtłoczyć.

Otrzymywanie treści z żołądka mianują nawet lekarze odstraszającą dla pacyentów nazwą „pompowanie," z którą mimowolnie musi się łączyć u laika pojęcie przynajmniej wydzierania wnętrzności. Nadto przepłókiwania żołądka z tak wielkim skutkiem przez Km. od 1867 r. i innych stosowane i zalecane, w następstwie czego sondowanie przyczyniło się tak znakomicie do rozwoju patologii trawienia, bywa obecnie bezmyślnie, a często i bez potrzeby stosowane, a nieprzynosząc choremu korzyści, tylko nabawiając go przykrości, traci coraz więcej zaufanie. Wiedzieć bowiem należy, że podczas gdy zbadanie wewnętrzne żołądka w większej części przypadków staje się dla celów rozpoznawczych koniecznem, o czem leczącą się publiczność pouczyć należy, to przepłókiwania mają pewne ograniczone wskazania, jakie w pojedyńczych ustępach wymienione zostały.

XXIII. Makro- i mikroskopowe badanie treści żołądkowej.

1. Własności treści żołądkowej i stąd wysnute wnioski kliniczne bywają różne według tego, czy treść żołądkowa jest na czczo, albo po użyciu próbnych pokarmów otrzymana. Znaczenie kliniczne mają następujące szczegóły dostrzeżone makroskopowo w treści żołądkowej:

Obecność miazgi pokarmowej w żołądku czczym, (rozstrzeń trwała, najczęściej następowa z powodu zwężenia odźwiernika).

Kawałki białka twardego, lub mięsa o brzegach ostrych (brak trawiącego kw. żołądkowego), lub przeciwnie, oznaczają brzegi nadgryzione jakgdyby rozpłynięte, wobec znacznych ilości niezmienionych skrobiowatych pokarmów (chleba, bułki), sok silnie trawiący (nadmierną kwasność).

Obecność płynu w żołądku czczym (nieżyt kwaśny, rozstrzeń trwała).

Woń speptonizowanego mięsa lub krwi (sok silnie trawiący), — woń gnilna (brak kw. solnego, nieżyt zanikowy, rak), — woń kwaśna lub zjełczałego

tłuszczu (fermentacya octowa, maślowa, niedomoga wydzielnicza, rozstrzeń żołądka).

Barwa treści czczej żółta (drożność odźwiernika), — zielonkowata, niebieskawa od zmienionej żółci (nieżyt kwaśny).

Treść czcza przejrzysta, obfita (sokotok), — mętnawa od jąder ciałek wypocinowych, przybłonka złuszczonego lub drobnych resztek pokarmów (nieżyt kwaśny, rozstrzeń trwała); mętnawa i ciągnąca się od śluzu (nieżyt śluzowy), szarawa (od gnicia lub powolnego krwotoku),—rdzawa, cisawa, czarna, (od krwi w raku lub wrzodzie żołądka, albo od zabarwionych pokarmów).

Treść czcza sączy się bardzo powoli (brak kw. solnego, nieżyt śluzowy),—sączy się szybko (znaczna ilość kw. solnego, sokotok).

Przesącz opalizuje lub jest mętnawy (nieżyt śluzowy lub kwaśny), albo żółty (świeżo wydzielona żółć), — albo bezbarwny, niebieskawy lub różowawy, podczas gdy treść sama zielonkowata (zaleganie żółci w żołądku, nieżyt kwaśny).

2. Znaczenie dyagnostyczne ma tylko badanie mikroskopowe treści otrzymanej z żołądka czczego. W tym celu robi się kilka preparatów z osadu opadającego na dno naczynia. Szczegóły badania mikroskopowego, mające znaczenie kliniczne są następujące:

Włókna mięsne, ciałka skrobi, kuleczki tłuszczu w treści czczej z wejrzenia zupełnie płynnej (rozstrzeń niedowładna).

Obok tego igiełki i miotełki tłuszczu (zaleganie pokarmów, brak kw. solnego, rozstrzeń następowa, rak).

W prawidłowych stosunkach, ani w żołądku czczym ani podczas trawienia nagromadzenia mikroorganizmów nie ma (Miller, Minkowski).

Liczne koki, krótkie laseczniki oscylujące, w treści czczej (nieżyt śluzowy, zanikowy).

Liczne długie laseczniki, nitki z *oidium albicans*, *leptothrix buccalis*, obok kryształów lub miotełek tłuszczowych (rozstrzeń następowa z brakiem kw. solnego, rak).

Komórki drożdżowe, liczne okazy czworniaka (rozstrzeń z nieżytem kwaśnym).

Pod względem klinicznym ma znaczenie więcej ilość mikroorganizmów, niż jakość ich, gdyż swoisty wpływ pojedyńczych gatunków na zmiany patologiczne w żołądku nie jest bliżej znany.

Przybłonek płaski z pierwoszczem ziarnistem obłożony licznemi kokami, obok tego liczne ciałka śluzowe, (niedomoga wydzielnicza, lub nieżyt kwaśny).

Liczne gromadki jasnych jąderek powstałych przez rozdzielenie jąder po strawieniu pierwoszcza ciałek wypocinowych (J.) (sokotok).

Obok tego złuszczony przybłonek wałeczkowy w znacznej ilości, (nieżyt kwaśny).

Charakterystyczne ślimacznice rożnej wielkości zdarzają się w żołądku czczym w sokotoku i nieżycie kwaśnym (J.)

Oderwane strzępy błony śluzowej okazują albo ziarnisto zwyrodniałą masę gruczołową (nieżyt śluzowy), albo brak gruczołów (nieżyt za-

nikowy). Napotykane w treści żołądkowej złogi, barwikowe, ziarniste, czarne, w świetle przepuszczonem fijołkowe, dające kryształy Teichmanowskie, lub wybitną próbę na żelazo pochodzą od barwika krwi po krwotokach, (p. str. 28).

Drobne kuleczki nieco żółtawe z obwódką ziarnistą, lub złogi barwikowe ziarniste w kółko ułożone, są to ciałka zmienione krwi, najczęściej w krwotokach raka.

XXIV. Badanie chemiczne treści żołądkowej.

Przez badanie chemiczne zamierzamy dowiedzieć się o zmianach w wydzielinach gruczołów (o kw. solnym, pepsynie, fermencie sernikowym) jako też o jakości wytworów przez trawienie pokarmów powstałych. Najważniejsza z trzech wydzielin t. j. kw. solny ulega w żołądku, wobec istnienia mnóstwa innych ciał w treści żołądkowej, pewnym zmianom. Jedna część kw. solnego znajdując się wobec istot białkowatych i amidopołączeń, tworzy z niemi bardzo luźne związki, przez co traci niektóre ważne własności, jak możność trawienia przy obecności pepsyny, jakoteż łączenia się z niektóremi barwikami, nie zmieniając ich barwy, oddziaływa jednak kwaśno na papierki lakmusowe, rozkłada węglany i t. d., i ta część kwasu nazywa się utajonym kw. solnym. Inna część kw. solnego wytwarza ze soli obojętnych znajdujących się w treści żołądkowej sole kwaśne, wskutek czego, własności kw. solnego giną, chociaż stopień kwasoty okazuje się ten sam. Pozostała część t. j. wolny kw. solny znajduje się znów w mięszaninie kilku kw. organicznych przez fermentacyą wytworzonych. Wobec tych warunków tak wykazanie, jak i ilościowe oznaczenie kw. solnego w treści żołądkowej podlega trudnościom. Jeżeli w niniejszym ustępie będzie mowa o kw. solnym, to rozumieć się będzie kw. solny wolny, po dodaniu pepsyny trawiący białko. Do badań chemicznych używamy treści żołądkowej należycie przesączonej, przezroczystej i o ile możności bezbarwnej.

1. Całkowitą kwasotę treści żołądkowej czyli zgęszczenie co do wszystkich ciał kwaśnych w niej zawartych, oznaczamy za pomocą miareczkowania. Do 5 lub 10 cm. przesączu znajdującego się w kolbce, dodajemy obojętnego (fiołkowego) roztworu lakmusu aż do wystąpienia wyraźnego zabarwienia różowego, a następnie z pipetki na 0,1 cm.^{3} podzielonej, tak długo $^1/_{10}$ norm. ługu sodowego, aż zabarwienie staje się właśnie niebieskawe. Ilość cm.^{3} zużytego ługu sodowego (n. p. 2,3) na 5 cm.^{3} przesączu obliczamy na 100 cm.^{3} treści żołądkowej t. j. $20 \times 2{,}3 = 46{,}0$, którą to liczbą wyrażamy stopień kwasoty treści żołądkowej. Obliczenie, ile ciężarów kw. solnego wzoru $HCl = 36{,}45$ na 1000 objętości treści żołądkowej przypada, przeprowadza się w powyższym przypadku: $46{,}0 \times 10 \times 0{,}003645 = 1{,}6767$ p. m. HCl, z uwagi, że 1 cm.^{3} $^1/_{10}$ norm. NaHO odpowiada 0,003645 gm. HCl. Przybliżony roztwór dziesiętnonormalnego ługu sodowego otrzyma się przez rozpuszczenie 4,5 gm. *natrium hydricum fusum alcohole depuratum recens* w 1 litrze wody. Roztwór musi być we flaszce korkiem szklannym szczelnie zamknięty i co miesiąc na nowo przyrządzany. Zamiast lakmusu nie możemy do miareczkowania używać fenoloftaleinu,

gdyż z powodu obecności ciał białkowatych kwaśnych, otrzymamy wyniki wyższe niż za pomocą lakmusu. Jeżeli przesącz mający być miareczkowany jest zabarwiony, to wyszukujemy moment zobojętnienia kwasu przez wybieranie kropel z rozczynu pręcikiem szklannym na fijołkowo niebieski papierek lakmusowy.

2. Jakościowe badanie na kwasy uskutecznia się rozczynami odczynników, najczęściej barwików, które po rozpuszczeniu należy przesączyć, albo za pomocą papierków odczynnikowych, otrzymanych przez zanurzenie czystej bibuły w rozczynach barwików, wysuszenie w miejscu ciemnem, i przechowanie w naczyniach nieprzezroczystych. Badając za pomocą rozczynów barwikowych postępuje się w ten sposób, że albo do rurki odczynnikowej, albo lepiej do kieliszka nalewa się przesączu, a kroplami z pipetki wkrapla się odczynnik, albo przeciwnie daje się małą ilość odczynnika do naczynia i nalewa powoli badany rozczyn, uważając, czy oczekiwane zabarwienie się okaże. Korzystniejszy sposób badania jest według Uffelmana ten, że na płytkę porcelanową, lub płaską parowniczkę daje się w kilku miejscach kroplę rozczynu badanego w cienkiej warstwie, wprowadza od brzegu krople rozczynu barwika, i uważa na zabarwienie, jakie występuje na granicy barwika a rozczynu. Papierkami odczynnikowemi bada się przez zanurzenie ich na chwilę w przesączu. Praktyczniej jednak jest dać papierki mające się użyć do badania jeszcze przed wydobywaniem płynu z żołądka do rurki łączącej sondę ze zbiornikiem na treść żołądkową, aby ta musiała przez papierki przechodzić. Badając oddziaływanie treści żołądkowej, należy równocześnie uskutecznić te same próby zupełnie w tych samych warunkach z wodą przekroploną, aby różnice w zabarwieniu tem pewniej ocenić. Zanim się przystępuje do badania pewnym odczynnikiem, należy wprzód poznać jego zachowanie się do czystych ciał np. czystego kw. solnego, i to w rozmaitych rozcieńczeniach, dodając do $^1/_{10}$ norm. HCl (utworzonego w przybliżeniu z 3 gm. *acid. muriat. dil. pur.* na 100 *aq. d.*). odpowiednią ilość wody przekroplonej.

3. Obecność wolnego kw. solnego wykazują następujące odczynniki.

a) Barwik fijołkowy metylo-anilinowy (0,02 gm. rozpuszczone w 5 cm.³ wyskoku i dopełnione do 200 cm.³ wodą przekroploną) daje rozczyn fijołkowy, przybierający przy kwasocie 3,0=0,109, p. m. HCl zabarwienie niebieskawe, które przy kwasocie 4,0 = 0,146 p. m. HCl staje się wyraźnem, a dopiero przy kwasocie 5,0=0,182 p. m. HCl przechodzi w zabarwienie zupełnie niebieskie. Zgęszczone rozczyny fijołkowo-czerwone tego barwika dają oddziaływania wyraźniejsze.

b) Cisawo żółty rozczyn tropeolinu 00, utworzony przez nasycenie rozczynu wyskokowo-wodnego, albo lepiej wyskokowo-eterycznego daje z wolnym kw. solnym przy tych samych stopniach kwasoty, co pod *a*), zabarwienie wiszniowo-czerwone.

Papierki tropeolinowe żółte dają przy kwasocie 3,5=0,127 p. m. HCl zabarwienie cisawe, zmieniające się po wysuszeniu na liliowe. Można jednak przez kilkakrotne zanurzanie i wysuszanie papierka nad płomie-

niem otrzymać ślady dobrze dostrzegalne zabarwienia liliowego przy kwasocie 1,5=0,055 p. m. HCl.

c) Papierki czerwone otrzymane z rozczynu wyskokowo-wodnego czerwieni Kongo przyjmują już przy kwasocie 0,4=0,0146 p. m. HCl zabarwienie szarawe, a przy 1,0=0,0365 p. m. HCl zabarwienie niebieskie.

Powyższe barwiki dają jednak i z kwasami organicznemi podobne zabarwienia, lecz stopnie kwasoty przy których to następuje, są o wiele wyższe, niż dla kw. solnego. Nadto bywa zabarwienie wywołane od kw. solnego, w różnym stopniu osłabione albo i wzmocnione przez obecność pewnych ciał w treści żołądkowej szczególniej przez jakiekolwiek istoty białkowate, niektóre sole, a między temi przez sól kuchenną, fosforany i t. d. Wskazanem jest przeto stosować dla pewności kilka odczynników równocześnie, przez co można się także zoryentować co do zawartości wolnego kw. solnego (p. niżej f.)

d) Najczulszym i najmniej od obecności innych ciał zależnym odczynnikiem jest odczynnik podany przez Günzburga składający się pierwotnie z 1,0 gm. waniliny + 2,0 gm. floroglucyny + 30 gm. wyskoku. Ponieważ barwa odczynnika wobec światła staje się z czasem cisawoczerwoną, należy go przechować w naczyniu ciemnem i przygotowywać go w mniejszej ilości i w stanie mniej rozcieńczonym według przepisu, który okazał się mnie praktycznym: 0,1 gm. waniliny, 0,2 gm. floroglucyny + 10 gm. wyskoku. Parując na płytce porcelanowej jednę lub więcej kropel rozczynu badanego na wolny kw. solny nad płomieniem lampy i dodając równocześnie tyleż kropel tego odczynnika, otrzyma się podczas wysychania według ilości kw. solnego albo różowe pręgi, albo zabarwienie wybitnie czerwone. Należy jednak ostrożnie parować, aby cisawienie występujące wskutek zwęglania się pozostałości nie brać za właściwe zabarwienie. Ostateczna granica oddziaływania tego odczynnika, zupełnie niezależna od obecności kwasów organicznych, wynosi 0,25=0,0091 p. m. HCl.

e) Najpewniejszą próbą świadczącą o obecności dostatecznej ilości kw. solnego wolnego jest próba sztucznego trawienia, która tem więcej powinna być wykonana, że jest najłatwiejszą, wymaga tylko obecności ciepłego pieca (p. niżej 8).

f) Barwiki pozwalają na podstawie rozcieńczeń także ocenić w przybliżeniu stopień kwasoty co do wolnego kw. solnego. Jeżeli np. potrzeba było dodać trzy objętości wody przekroplonej do przesączu (t. j. cztery razy rozcienczyć), aby zaczął znikać odcień niebieskawy przy użyciu barwika fiołkowego metylo-anilinowego, to kwasota pierwotna treści żołądkowej co do HCl wynosi w przybliżeniu 3,0×4=12,0.

4. Wykazanie nieobecności HCl powyższemi odczynnikami w treści żołądkowej, nie oznacza w każdym przypadku zupełnej utraty zdolności wydzielniczej błony śluzowej żołądka, lecz zmniejszenie tejże, wskutek czego kw. solny nie pojawia się w nadmiarze, lecz zostaje utajony. Aby się przekonać o zupełnej utracie siły wydzielniczej błony śluzowej, należy żołądek czczy jak najdokładniej przepłókać wodą zwyczajną, a przy końcu wodą przekroploną, podać do spożycia tylko twarde białko z ja-

ja i wodę zimną przekroploną. Jeżeli błona śluzowa nie wydziela wcale kw. solnego, to treść po trzech kwadransach otrzymana nie będzie kwaśna, ale obojętna, albo alkaliczna i oddziaływania biuretowego (na propeptony i peptony) dawać nie będzie. Badanie żołądka ciałami skrobiowatemi nie doprowadzi do celu, gdyż z nich zawsze się wywiążą kwasy organiczne, wobec których istnienie kw. solnego utajonego, nie dające się odczynnikami wykazać, jest możliwe.

5. *a*) Kwasy tłuszczowe zdradzają się już wonią, szczególniej przy ogrzaniu treści żołądkowej w rurce odczynnikowej (p. ustęp XXIII). O ilościowem oznaczaniu tych kwasów p. niżej 7.

b) Obecność kw. mlekowego fermentacyjnego, który może być tak samo jak kw. solny albo wolny albo utajony, albo połączony na mlekany, poznaje się po zabarwieniu cytrynowo-żółtem odczynników Uffelmanna, występującem jeszcze przy kwasocie 0,5 czyli $^1/_{20}$ p. m. kw. mlekowego. Odczynniki przygotowują się zawsze na świeżo: Według moich prób najczulszy odczynnik o zabarwieniu ametystowem powstaje biorąc 5 cm.^{3} nasyconego wodnego rozczynu kw. karbolowego + 45,0 aq. d. + 0,1 cm.^{3} (3—4 krople) *liquor ferri sesquichlorati*. Drugi odczynnik jest jeszcze prostszy, gdyż składa się z 50 cm.^{3} aq. d. + 1 kropli *liq. ferri sesqu.* i jest zupełnie bezbarwny. Odczynniki te dają jednak podobne nieco oddziaływania, jak na kw. mlekowy i przy obecności cukru i fosforanów, podczas gdy przy znaczniejszej ilości równocześnie znajdującego się kw. solnego, zabarwienie na kw. mlekowy nie występuje, a przy obecności białka w przesączu, tworzy się osad zakrywający oddziaływanie na kw. mlekowy.

6. Jeżeli chodzi o dokładne zbadanie na kw. organiczne, należy przesącz wykłucić z potrójną ilością obojętnego eteru przez 15 minut, przez co wolne kwasy organiczne przejdą częściowo do warstwy eterycznej górnej, podczas gdy kw. solny zostaje w rozczynie wodnym. Po ostrożnem zebraniu i wyparowaniu eteru daje zbadanie pozostałości powyższemi sposobami wynik zupełnie pewny. Obecność znacznych ilości kw. mlekowego na szczycie lub przy końcu trawienia oznacza według E. niedomogę wydzielniczą.

7. Wobec możliwości przybliżonego ocenienia ilości kwasów w treści żołądkowej, sposoby oznaczania ilościowego kwasów według Cahna i Mehringa wyjątkowo tylko mogłyby być stosowane: Pozwalają one jednak poznać bliżej różniczkowe zachowanie się kwasów, dlatego je tu przytaczamy: Przynajmniej 50 cm.^{3} przesączu przeparowuje się aż do $^1/_3$ pierwotnej objętości. W części przeparowanej oznacza się przez miareczkowanie ilość kwasów tłuszczowych lotnych. W tę ciecz, włożone kawałki chlorku wapniowego sprawiają wydzielanie się kropelek na powierzchni płynu (obecność kw. masłowego), a w razie obecności kw. octowego sprawia kropla *liquor ferri sesquichl.* w cieczy, wprzód węglanem sodowym zobojętnionej, zabarwienie krwisto-czerwone.—Pozostałość od przeparowania kłuci się kilkanaście razy z eterem, który zabiera kw. mlekowy, a pozostawia w cieczy kw. solny. Po wyparowaniu rozczynu eterycznego miareczkuje się kw. mlekowy, a w pozostałości wodnej od kłucenia kw. solny. Ostatnie miareczkowanie podaje razem tak kw. solny wolny, jak i utajony.

Inne sposoby badania na kwasy, jak barwik wina czerwonego, borówek, malwy, zieleń anilinową, metodę cynchoninową Cahna i Mehringa, metodę Seemanna, znajdzie czytelnik opisane w rozprawie d-ra Pacanowskiego.

8. Przy badaniu na obecność pepsyny (p. str. 17) należy pamiętać, że nastawia się dwie próby, dodając do każdej po krążku białka: jednę zakwaszoną kw. solnym, a drugą bez HCl. Jeżeli ostatnia trawi dokładnie krążek białka przy ciepłocie 40° C. w przeciągu 12 godzin, to jest obok pepsyny i kw. solny w dostatecznej ilości (przynajmniej 4,0=0,146 p. m.) obecny. Kwasy bowiem organiczne trawią dopiero w znacznem zgęszczeniu i to bardzo powoli. Niestrawienie krążka białka w przeciągu 24 godzin pomimo obecności wolnego kw. solnego świadczyłoby o nieobecności pepsyny co jednak należy do bardzo wyjątkowych wypadków. Oznaczenie względnych ilości pepsyny (p. str. 19) wymaga nieco więcej czasu, gdyż za pomocą $^1/_{20}$ norm. HCl, dokonywane rozcieńczenie przy którem treść żołądkowa przestaje trawić, jest zwykle bardzo znaczne. Jeszcze w dwutysięcznem rozcieńczeniu może się odbyć zupełne strawienie krążka. Krążki potrzebne do próby trawienia wykrawuje się z twardego białka kurzego zapomocą podwójnego noża mającego odstęp ostrzy na 1 mm., i świderka do korków o średnicy 1 cm. Ciężar krążków wynosi przeciętnie 1—2 cgm. Zapas krążków da się przechować przez bardzo długi czas w flaszce wypełnionej świeżo przegotowaną wodą przekroploną, pokrytą warstwą eteru, lub w glycerynie.

9. Obecność fermentu sernikowego wykazujemy w ten sposób, że do 10 cm. gotowanego słodkiego mleka dolewamy taką samą ilość przesączu treści żołądkowej, wprzód dokładnie wodnikiem sodowym zobojętnionej, i pozostawiamy w ciepłocie 38° C. Przy prawidłowych stosunkach osadza się z płynu w przeciągu kwadransa lub pół godziny sernik na dnie a nad nim pozostaje przeźroczysta ciecz (serwatka).

10. Rozczynem jodu (*tinctura jodi* dziesięć razy wyskokiem rozcieńczona) badamy na wytwory trawienia skrobi. Dodając do przesączu kroplę po kropli rozczynu jodowego, zabarwienie pierwszych kropel znika (achroodextryna), dalsze wywołują zabarwienie czerwone (erytrodextryna), a ostatecznie niebieskie (skrobia rozpuszczona), które, jeżeli występuje odrazu, to niema achroodextryny i erytrodextryny. Może jednak odrazu wystąpić jedynie tylko zabarwienie jasnocisawe po dodaniu rozczynu jodowego, jeżeli niema powyższych przetworów skrobii w treści żołądkowej.

11. Cukier i maltoza wykazują się po zabarwieniu żółtem a następnie ceglastem (Cu_2O), powstającem przez zagotowanie rozczynu zalkalizowanego wodnikiem potasowym, ze siarkanem miedziowym, która to próba uskutecznia się po badaniu na ciała peptonowe, dodając jeszcze więcej rozczynu koperwasu niebieskiego. Znaczna ilość skrobii rozpuszczalnej w treści żołądkowej, w obec małych ilości cukru świadczy o nadmiernej ilości kw. solnego (E. B.).

12. Co się tyczy wytworów trawienia białkowego, daje treść żołądkowa, jeżeli zawiera tylko sam pepton, po zalkalizowaniu ługiem potasowym i dodawaniu kroplami 1% rozczynu koperwasu niebieskiego, za-

barwienie różowe, podczas gdy po zakwaszeniu przesączu kw. octowym i dodaniu żelasinku potasowego, ani śladu osadu niema, co dowodzi braku białka, syntoniny i propeptonu. Jeżeli trawienie dopiero się rozpoczęło, albo znajduje się w żołądku za wielka ilość białka stosunkowo do soku trawiącego (niedomoga wydzielnicza), to po zagotowaniu przesączu ten się mąci wskutek obecności znaczniejszej ilości białka rozpuszczalnego i syntoniny, która tworzy także widoczne zmącenie podczas miareczkowania. Po odsączeniu cieczy zagotowanej, przesącz zakwaszony kw. octowym zgęszczonym, po dodaniu zgęszczonego roztworu soli kuchennej mąci się od straconego propeptonu, który na sączku zebrany daje po rozpuszczeniu z ługiem potasowym i siarkanem miedziowym różowe zabarwienie. Przesącz od propeptonu daje w razie obecności peptonu, również to samo oddziaływanie biuretowe.

13. Przy zakwaszaniu przesączu treści żołądkowej kw. octowym może się wytworzyć zmącenie, które pochodzi od śluzu, a zdarza się w treści alkalicznej, obojętnej lub bardzo słabo kwaśnej i jest oznaką zniesionego lub osłabionego wydzielania kw. żołądkowego (nieżyt śluzowy).

14. W celu zbadania wessalności błony śluzowej żołądka podaje się na czczo według Fabera i Penzoldta 0,2 gm. jodku potasowego w kapsułkach, zapijając je wodą. Następnie zwilża się co 5 minut papierki napojone kleikiem skrobi, śliną i daje na nie jednę kroplę *acid. nitricum fumans*. Wystąpienie pierwszej plamy o fiołkowem zabarwieniu, oznacza czas pojawienia się, a względnie wessania dostatecznej ilości jodu do ustroju, co w stanach prawidłowych następuje w żołądku czczym w przeciągu $7\frac{1}{2}$—15 minut, a w żołądku wypełnionym pokarmami o wiele później. Są jednak możliwe przypadki, w których przy prawidłowej mechanicznej czynności a upośledzonej wessalności żołądka (nieżyt śluzowy), wessanie jodu przez wczesne dostanie się KJ do dwunastnicy może być przyśpieszone, przez co wniosek na wessalność błony śluzowej żołądka staje się złudnym.

Nerwice żołądka *)

(*Neuroses gastricae*)

XXV. Uwagi anatomiczne, fizyologiczne i patologiczne.

Żołądek jest narządem posiadającym własne komórki zwojowe, tak że oddzielony w zupełności od związku, z ośrodkami nerwowemi, może wykonywać samoistnie wszystkie swoje czynności (ruchy, wydalanie, wydzielanie, wessanie). Pomimo tej niezależności wywierają ośrodki nerwowe bardzo ważny wpływ na czynność żołądka, bądź przyspieszając ją, bądź hamując, bądź regulując. Anatomiczne stosunki unerwienia żołądka wykazują bowiem, że do tego narządu dostają się pośrednio lub bezpośrednio włókna nerwowe, tak od głównego narządu nerwowego (mózgu, rdzenia przedłużonego i rdzenia pacierzowego), jakoteż od ważniejszych splotów nerwu współczulnego brzusznego.

Bezpośredne unerwienie żołądka pochodzi: *a*) Od komórek zwojowych (*ganglia*) w ścianach żołądka umieszczonych; *b*) Od końcowych włókien obydwu nerwów błędnych (*nervi vagi*); *c*) Od splotów (*plexus*) biorących swój początek od nerwu współczulnego (*nervus sympathicus*).

1. Największe nagromadzenie komórek zwojowych znajduje się w części odźwiernikowej żołądka i to w krzywiźnie małej pod nazwą *plexus myentericus Auerbachi*, podczas gdy w błonie podśluzowej stanowią one *plexus submucosus Meissneri*. Obydwa te sploty łączą się z włóknami nerwowemi pochodzącemi od nerwów błędnych i od splotów nerwu współczulnego.

2. Dziesiąta para nerwów mózgowych (nerwy błędne), przebiega w swej dolnej części wzdłuż przełyku: Lewy nerw, słabszy, występuje na s t r o n ę p r z o d k o w ą tegoż, rozgałęzia się wzdłuż krzywizny małej i wpustu tworząc poniżej przodkowej części tegoż *plexus gastricus anterior*, i sięga swojemi zakończeniami aż do odźwiernika. Nerw prawy jest grubszy, biegnie po stronie tylnej przełyku, zaopatruje p o c z ę ś c i t y l n ą ś c i a n ę żołądka, tworząc na niej *plexus gastricus posterior*, przeważną zaś ilość swych gałązek oddaje do trzewiów brzusznych: jelit, wątroby, trzustki a nawet do śledziony. Ga-

---

*) Literatura polska posiada już dotąd polecenia godną monografią o nerwicach żołądka pióra d-ra Pacanowskiego. Warszawa 1887. W języku francuskim i niemieckim istnieje cały szereg prac w tym kierunku. We wszystkich jednak zauważyłem, że granica między zmianami anatomicznemi, a tak zwanemi nerwowemi została z powodu wyłącznego traktowania rzeczy z jednego punktu widzenia albo w jednę, albo w drugą stronę zanadto przesuniętą.

łązki końcowe obydwu nerwów błędnych łączą się z włóknami nerwu współczulnego.

3. Zaopatrzenie żołądka ze strony nerwu współczulnego pochodzi od *plexus coeliacus* albo *solaris*, do którego od części piersiowej nerwu współczulnego dochodzą włókna z obydwu nerwów trzewiowych (*Nn. splanchnici*). Od powyższego splotu za pośrednictwem *plexus hepaticus*, mającego swe rozgałęzienie w wątrobie, trzustce i dwunastnicy, przechodzi na krzywiznę małą *plexus coronarius ventriculi superior*, a na krzywiznę wielką *plexus coronarius ventriculi inferior*. Obydwa sploty pochodzące od nerwu współczulnego zostają w połączeniu ze splotami nerwów błędnych i komórkami zwojowemi żołądka.

Zboczenia chorobowe żołądka, o których dotąd mowa była, mają za podstawę dostrzegalne zmiany anatomiczne w ścianach samego żołądka. Z uwagi jednak, że w żołądku zbiegają się włókna nerwowe, pochodzące od różnych części układu nerwowego, należy się spodziewać, że skutki zmian chorobowych w żołądku niepozostaną tylko lokalnemi, ale powstałe podrażnienie zakończeń nerwowych przeniesie się do ośrodków nerwowych, a stąd drogą odruchową na rozgałęzienia nerwowe zaopatrujące także inne, nawet odległe narządy. Stosunki anatomiczne wykazują raz, że nerwy dochodzące do żołądka służą równocześnie do zaopatrywania innych narządów, a powtóre, że łączą się zapomocą włókien z innemi nerwami. I tak nerwy błędne rozpoczynające się swem jądrem na dnie komórki czwartej (*lamina cinerea fossae rhomboideae*) są nerwami czuciowemi i ruchowemi dla błony śluzowej i mięśni połyku i przełyku przez rozgałęzienia *Nn. pharyngei superiores et inferiores* jako też *plexus oesophegeus*, dla krtani przez rozgałęzienia *nervus laryngeus superior* i *nervus recurrens*, hamującemi ruchy serca przez rozgałęzienia *rami cardiaci* i *plexus cardiacus*. Działanie nerwu błędnego rozszerza się jeszcze, oprócz na żołądek także na ruchy dwunastnicy, a niektórzy badacze dostrzegali po drażnieniu tego nerwu nawet skurcze jelita grubego i macicy. Po przecięciu zaś nerwów błędnych dostrzegano wpływ i to ujemny na następujące czynności jeszcze innych narządów, jak na ruchy oddechowe, wydzielanie soku trzustkowego, moczu i cukru w wątrobie. Nerwy błędne zostają znów w połączeniu z jedenastą parą nerwów mózgowych (*n. accessorius Willisii*) zaopatrujących mięśnie: mostko-sutko-obojczykowy i kapturowy, jakoteż z dwunastą parą (*n. hypoglossus*) prowadzącą włókna ruchowe do mięśni językowych, a ostatecznie z dziewiątą parą (*n. glossopharyngeus*) mieszczącą w sobie włókna smakowe, a rozgałęziającą się przeważnie w łuku podniebiennym i na dnie języka. Liczne również połączenia odchodzą od nerwów błędnych do różnych miejsc nerwu współczulnego do *ganglion cervicale supremum*, *plexus pharyngeus*, *plexus cardiacus*, *pl. coeliacus*, *plexus hepaticus*). Nerw znów współczulny zaopatrując wszystkie trzewia brzuszne licznemi splotami, zostaje zapomocą licznych gałązek w tych trzewiach przebiegających w połączeniu ze wszystkiemi nerwami piersiowemi i lędźwiowemi, biorącemi swój początek w rdzeniu pacierzowym.

Już w stanie fizyologicznym dostrzegamy stosownie do stanu żołądka zmiany występujące w odległych narządach. Podczas gdy przy próżnym i nieczynnym żołądku, czynność wątroby i trzustki się zmniejsza lub ustaje, liczba

i napięcie tętna, jakoteż ciepłota ciała się obniża, to po wypełnieniu tegoż pokarmami zaczyna się żółć i sok trzustkowy drogą odruchową obficie wydzielać, akcya serca się wzmagać, a ciepłota ciała się podnosić. W stanach patologicznych żołądka może się nieprawidłowa czynność tegoż uwidocznić zaburzeniem czynności nawet w odleglejszych narządach ustroju. Wiadomo bowiem, że długotrwałe zboczenia w czynności żołądka, polegające na tle zmian anatomicznych, wywołują najrozmaitsze przedmiotowe i podmiotowe uciążliwe objawy chorobowe: niedowład jelit, ból głowy, bicie serca, rozlane przeczulice, przygnębienie umysłowe i t. p. Objawy te zwane pospolicie nerwowemi, rozwijają się powoli i bywają podtrzymywane przez zmiany chorobowe żołądka, a chociaż są następowe, niezawsze znikają zaraz po ustąpieniu zboczeń żołądkowych. Natężenie tych objawów nerwowych nietylko jest zależne od wielkości i trwania cierpienia żołądka, ale w większej mierze od indywidualności, a właściwie od wrażliwości układu nerwowego. Zmiany chorobowe żołądka, które u wieśniaka naszego jeszcze żadnych dolegliwości, ani miejscowych, ani odległych nie sprawiają, odczuwają osoby z klasy społeczeństwa inteligentnej np. wrażliwe kobiety już w wysokim stopniu. Największa analogia zachodzi tu z narządem płciowym. Niekiedy mała tylko zmiana anatomiczna, a najczęściej funkcyonalna w narządzie płciowym mężczyzny, jest w stanie wywołać rozsiane zboczenia czynnościowe w innych narządach i w sferze psychicznej.

Może jednak mieć się rzecz zupełnie odwrotnie. Podrażnienie obwodowe nerwów stojących bądź pośrednio, bądź bezpośrednio w związku z nerwami zaopatrującemi żołądek wywołują zboczenie w żołądku zupełnie prawidłowym. Zjawiska w tym kierunku są niekiedy arcyciekawe. Miałem np. trzydziestoletniego pacyenta w leczeniu, uskarżającego się na rozdymanie żołądka i odbijania, u którego przez ucisk na środkowe kręgi piersiowe można było wywołać kilkorazowe nieprzyjemne odbijania, przyczem tętno co do liczby uderzeń stawało się co chwila zmiennem. Przez jednego z kolegów byłem wezwany do pacyentki, u której nieznaczne pociśnięcie nietylko każdego kręgu szyjnego i piersiowego, ale jakiegokolwiek punktu klatki piersiowej wywoływało stale odbijania, a po kilkorazowem wywarciu ucisku czkawkę lub wymioty. Na tej samej podstawie mogą zmiany anatomiczne w odległych narządach np. kamienie żółciowe, nerkowe, przeciskając się przez przewody, wywołać zaburzenia w czynności żołądka. Skoro przyczyna pobudzająca do odruchów zniknie, znikają zwykle i przypadłości żołądka. Mamy więc w tych przypadkach do czynienia z n e r w i c a m i z w r o t n e m i, których przypadłości mogą być cięższe, niż przyczyny je wywołujące, jak to pouczają nas niepowściągalne wymioty ciężarnych (*hyperemesis gravidarum*). Nie u każdej jednak osoby wywołuje ta sama przyczyna odruchową nerwicę żołądka, ale tylko u pewnych chorych, u których istnieje usposobienie neuropatyczne.

Nerwice żołądka mogą być jeszcze wywołane zmianami w nerwach zaopatrujących żołądek (w nerwach błędnych i splotach nerwu współczulnego). Zmiany w nerwach mogą się znajdować albo w przebiegu nerwów, albo dotyczyć ich początków (jąder nerwów błędnych). Są to więc właściwe nerwice żołąd-

ka, które według siedziby przyczyny można podzielić na obwodowe i centralne.

XXVI. Podział nerwic.

Na podstawie wywodów w ostatnim ustępie przytoczonych byłoby najracyonalniej, podzielić nerwice na zwrotne i samoistne, a te ostatnie na obwodowe i centralne. Lecz nie zawsze da się wykazać pochodzenie nerwic. Stąd i podział taki w praktyce nie da się przeprowadzić.

Nerwice żołądka uwidoczniają się pewnymi nieprawidłowymi objawami (symptomami) w zakresie czucia, ruchu, wydzielania i krążenia. Dla tego podział nerwic według zboczeń symptomatycznych na nerwice czuciowe, ruchowe, wydzielnicze i naczynioruchowe da się w praktyce łatwiej uskutecznić, przyczem jednak ze względu na leczenie trzeba się starać, każdą nerwicę bliżej określić, czy ona jest samoistną, czyli też przyrody odruchowej. Rzadko kiedy napotykamy przypadki zboczenia jednej czynności żołądka, najczęściej składają się dwa lub więcej na sprawę chorobową, czyli mamy do czynienia z nerwicą żołądka złożoną. Oprócz tego zdarza się jeszcze często, że oprócz zaburzeń w czynności żołądka istniejących na tle nerwowem, mamy je jeszcze w innych narządach jak np. kolkę jelitową, bicie serca nerwowe, przeczulicę kończyn i t. p. czyli w całości przedstawia się cierpienie jako nerwica rozlana (*gastroneurosis vaga*). Wreszcie istnieją pewne choroby w których sprawa chorobowa pod względem klinicznym występuje przeważnie pod objawami zboczeń w czynności żołądka, czyli są to nerwice żołądka symptomatyczne.

W niniejszej pracy będziemy omawiać nerwice żołądka według następującego podziału symptomatycznego, biorąc, o ile to jest możliwem, wzgląd na ich pochodzenie.

A. Nerwice pojedyńcze i złożone

1. N. czuciowe { odruchowe obwodowe / samoistne { centralne

2. N. ruchowe; z temi samemi podziałami.

3. N. wydzielnicze; z temi samemi podziałami.

Złożone nerwice zostały do tej pojedyńczej nerwicy zaliczone, która stanowi albo pierwotny albo najwybitniejszy objaw w zaburzeniu czynności żołądka.

B. Nerwice żołądka rozlane.

C. Nerwice żołądka symptomatyczne.

XXVII. O rozpoznawaniu nerwic żołądka.

Orzeczenie, czy zboczenie w czynności żołądka polega na tle nerwowem, czyli też na organicznej zmianie w żołądku, nie jest zawsze łatwem, a w niektórych powikłanych przypadkach wprost niemożliwem. Dotąd praktyka lekarska przy rozpoznawaniu nerwic żołądka kieruje się następującymi szczegółami różniczkowymi.

1. Wykazaniem istnienia momentu etyologicznego, który

nerwicę wywołać może; np. obecnością zboczenia w położeniu macicy, nowotworów w jamie nosowej lub połyku, kolki żółciowej lub nerkowej i t. p. Wnioskowanie tego rodzaju jest jednak niepewne, gdyż z ustąpieniem powyższych zboczeń nie ustępują w każdym przypadku przypadłości żołądkowe, a u większej części chorych nie oddziaływują one nawet odruchowo na żołądek. Stąd też wniosek, że zboczenia w czynności żołądka, nawet przy istnieniu wrzekomego momentu etyologicznego, mogą tak dobrze polegać na zmianach organicznych, jak i na odruchach (O.).

2. Niezależność objawów żołądkowych od przyjmowania pokarmów. Niepojawianie się zaburzeń czynnościowych po pokarmach notorycznie trudno strawnych, a pojawianie się ich po strawnych (mleku, jajach), albo nawet w żołądku czczym, bywa uważane jako jedna z pewnych oznak nerwicy żołądka. Badając wobec tych objawów znalazłem nawet w stanie czczym u wielu chorych jako przyczynę dolegliwości na pozór od pokarmów niezależnych, albo resztki miazgi pokarmowej, albo płyn mętnawy, przedstawiający wybitne własności wydzieliny nieżytu kwaśnego. Tu przeto w nieregularnych odstępach zbierała się mniejsza lub większa ilość ostrej treści żołądkowej, drażniąc chorobowo zmienione ściany żołądka, i dawała pozór, że właśnie w tym czasie nasilenia stanu chorobowego wprowadzone najlżejsze pokarmy wywoływały dolegliwości żołądka, a nawet bez nich występowały rano w żołądku wrzekomo próżnym jakoby bez żadnej przyczyny. W chwilach zaś, gdy większego nagromadzenia treści w żołądku wcale nie bywa, mogą nawet niestrawne pokarmy (ogórki, sałaty, kapusta) niewywoływać żadnych dolegliwości podmiotowych. Bywa jeszcze jako oznaka zboczenia czynności żołądka na tle nerwowem podnoszona: ustanie dolegliwości po wprowadzeniu pokarmów i ma ten objaw być patognostyczny dla odróżnienia wrzodu od nerwic. Należy jednak pamiętać, że przy nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego i nieżycie kwaśnym pewne pokarmy wprowadzone do żołądka przez rozcieńczenie i utajenie kw. solnego zmniejszają dolegliwości podmiotowe. Z drugiej strony istnieją niewątpliwe i to częste przypadki nerwic u kobiet, że wprowadzenie chociażby płynnego pokarmu (rosołu, kleiku, mleka) sprowadza gwałtowne przypadłości żołądkowe. Niezależność zatem objawów żołądkowych od pokarmów, nie może ich przyrody nerwowej rozstrzygnąć.

Przypuszczamy jeszcze według L. obecność nerwicy wtenczas, jeżeli kilkutygodniowe zastosowanie ścisłej dyety przypadłości nie zmniejsza, jak to bywa przy zmianach organicznych żołądka, ale często je powiększa. Wnioskowanie to w razie nieobecności wrzodu a przy pominięciu badania wewnętrznego, jak to zwykle bywa, może się okazać mylnem. Gdyż zastosowana szablonowo dyeta może się okazać w danym przypadku nieodpowiedną, dlatego może wywołać przypadłości żołądkowe. Innych bowiem pokarmów wymaga nieżyt kwaśny, a innych śluzowy lub zanikowy. W przypadku zaś rozpoczynającego się raka żołądkowego zastosowanie ścisłej dyety stan chorobowy tylko pogorszyć musi. Stąd należy dyetetyczny moment rozpoznawczy w ten sposób sformułować, że ustąpienie przypadłości żołądka po leczeniu dyetetycznem przemawia za cierpieniem organicznem, ale go nie

wyklucza; wyklucza do pewnego stopnia nerwicę, trzeba jednak mieć na pamięci i tę możliwość, że niektóre nerwice żołądka same przez się po niejakim czasie ustępują, czy zastosowałaby się była dyeta, czyli też nie.

3. Pojawianie się przypadłości żołądkowych okresowo lub w napadach może przemawiać za ich przyrodą nerwową. Lecz należy równocześnie pamiętać, że i większe nagromadzenie się miazgi pokarmowej lub soku żołądkowego odbywa się w pewnych odstępach czasu, a doszedłszy do pewnej ilości, której żołądek tak szybko wydalić nie może, sprawia przypadłości żołądkowe, trwające jakoby napady przez kilka godzin, aż do wydalenia częściowego treści z żołądka.

4. Jeżeli zboczenie w czynności żołądka możemy sztucznie drogą odruchową wywołać np. przez ucisk na jajniki, kręgosłup i t. p., albo jeżeli one występują po wzruszeniach psychicznych, przed regularnością, po spółkowaniu i t. p, to mamy prawdopodobnie z nerwicą żołądka do czynienia. Lecz rozpoznanie samej nerwicy nie jest tu zawsze stanowczem, gdyż znaną jest rzeczą, że i organiczne zmiany żołądka, wywołujące jeszcze małe dolegliwości, pod wpływem ostatnich czynników nagle pogarszają się. Nadto może zachodzić, chociaż rzadko, ten wypadek, że obok nerwicy może istnieć zmiana organiczna żołądka, jak to się zdarza u chorych bledniczych, że cierpią równocześnie na nerwicę i wrzód żołądka.

5. Wyśledzenie punktów lub obszarów bolesnych bywa przez niektórych autorów (Burkart, Rth.) uważane jako swoista oznaka nerwicy żołądka. Już w stanie prawidłowym odznacza się dołek podsercowy, w którym mieści się część odźwiernikowa żołądka, przy ucisku tkliwszym, niż inne okolice jamy brzusznej. W nerwicach czuciowych bywa jednak to miejsce, odpowiednio większemu nagromadzeniu splotów i zwojów nerwowych, bardzo często przy ucisku w wysokim stopniu bolesne. Nadmienić jednak wypada, że to samo zdarza się we wrzodzie odźwiernika jakoteż w nieżycie kwaśnym. Burkart wymienia jako punkta bolesne w jamie brzusznej miejsca odpowiadające *plexus aorticus abdominalis*, *pl. coeliacus* i *pl. hypogastricus superior*, który to ostatni znajduje się na rozwidleniu aorty brzusznej, a jego punkt uciskowy leży w linii środkowej nieco niżej pępka. Właściwe punkta i obszary bolesne bywają napotykane wzdłuż kręgów piersiowych, albo wzdłuż nerwów międzyżebrowych, występując bądź jednostronie, bądź obustronnie. Według Rosenthala za cierpieniem nerwowem żołądka przemawia zbytnia wrażliwość po zadziałaniu słabego prądu elektrycznego, który stosuje się w postaci lekkiego faradyzowania, przykładając katodę na wyrostki poprzeczne kręgów piersiowych. Wrażliwość po stronie lewej bywa większa i posuwa się wzdłuż międzyżebrza do dołka podsercowego. Trzeba jednak przekonać się zawsze, czy wrażliwość albo i bolesność uciskowa w tych miejscach nie pochodzi od gośćca mięśniowego. Głębokie ruchy oddechowe, szybkie zmiany w położeniu klatki piersiowej, a szczególnie przesuwanie włókien mięsnych dotyczących mięśni między palcami, mogą sprawiać bóle i przemawiać za przyrodą gośćcową cierpienia. W większej części przypadków nerwic żołądka niema punktów bolesnych, a jeżeli one istnieją, to zboczenie nerwowe staje się prawdopodobniejszem.

Ponieważ jednak punkta bolesne zdarzają się najczęściej w przebiegu neurastenii i hysteryi, a te choroby zmian organicznych w żołądku nie wykluczają, to pomimo istnienia punktów bolesnych mogą przebiegać przypadki organicznych zmian żołądka (np. wrzód) wobec neurastenii lub hysteryi.

6. Jeden jeszcze szczegół stosowany przez L. byłby dla wykazania obecności nerwicy żołądka bardzo ważny, t. j. ustawanie przypadłości (bólów) żołądka po przyłożeniu anody prądu galwanicznego na dołek podsercowy—gdyby w każdym przypadku stale się pojawiał. W celu rozróżnienia wrzodu od nerwicy wykazanie tego sposobu rozpoznawczego odbywa się według L. w ten sposób, że podaje się choremu taki pokarm, po którego przyjęciu zwykły występować bóle w żołądku. Naówczas w przypadku nerwicy za przyłożeniem anody na dołek podsercowy ból po niejakim czasie ustaje, gdy tymczasem we wrzodzie żołądka pozostaje bez zmiany (P.).

7. Znaczna część lekarzy kieruje się obecnie tem, że jeżeli dostrzega zboczenia w sferze nerwowej w postaci więcej rozlanej, jak przeczulicy skóry przy dotyku lub przy zastosowaniu prądu galwanicznego, ból lub zawrót głowy, nadczułość wzroku lub słuchu, depresyą lub podrażnienie psychiczne i t. p., to przyjmuje że równocześnie istniejące przypadłości żołądkowe są przyrody nerwowej i to w następstwie cierpienia nerwowego. Nic nie jest wygodniejszem ale zarazem złudniejsze, jak stawianie tego rodzaju rozpoznania. O tem miałem sposobność przekonania się codziennie, gdy skontrolowałem takie wnioskowanie przez badanie wewnętrzne żołądka. W tych dniach miałem właśnie w leczeniu 28-letniego miernie odżywionego mężczyznę, pracującego umysłowo. Od pół roku począł nadmiernie nauce się oddawać i jak twierdzi od tego czasu pojawiły się przypadłości żołądkowe: gniecenie, wydymanie w okolicy żołądka, bicie serca, dławienie w przełyku, zawrót głowy i niemożność pracowania umysłowo. Przypadłości te pojawiały się szczególnie rano naczczo i kończyły się przed obiadem odbijaniami czczemi i odchodzeniem wiatrów. Łaknienie i stolce prawidłowe. Przy badaniu w 5 godzin po obiedzie pluskanie w żołądku sięgające do pępka, mierna tkliwość dotykowa kręgów piersiowych, zresztą stosunki prawidłowe. Rozpoznałem nerwicę czuciowo-ruchową na tle rozpoczynającej się niemocy nerwowej (neurastenii). Lecz gdy nazajutrz rano na życzenie chorego przedsięwziąłem badanie wewnętrzne żołądka czczego, znalazłem ku memu zdziwieniu przeszło pół litra miazgi pokarmowej cuchnącej. Rozpoznanie przeto nerwicy poprawiłem na *ectasia stabilis gravis subs. dyspepsia flatulenta in individuo debili.* Ośmiorazowe przepłókanie żołądka rozczynem boraksu, dyeta sucha mięsna, a ostatecznie użycie *tinctura nucis vomicae c. ac. hydrochlorico conc.* usunęły dolegliwości żołądkowe i nerwowe. Dość często dostrzegalnym jest fakt, że na tle organicznych zmian w żołądku wytwarzają się zboczenia w sferze nerwowej, zmysłowej i psychicznej. Lecz lekarz zwykle zbyt łatwo załatwia się z cierpieniem żołądka: jeżeli u pacyenta przypuszcza na podstawie objawów neurastenią lub hysteryą, odnosi je w każdym przypadku jako objaw częściowy tych chorób, nieuwzględniając okoliczności, że istnieją przypadki, w których te ogólne nerwice zjawiają się obok cierpienia żołądka, które przyczy-

nia się niemało do ich rozwoju. Są jednak okoliczności i szczegóły, z których doświadczony lekarz może z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznać czystą nerwicę żołądka. I tak np. poucza nas doświadczenie, że izraelitki szczególniej z Tarnowa przychodzą do Krakowa z przypadłościami żołądkowemi, do których najczęściej dołącza się czkawka. Po wielostronnych badaniach uskuteeznionych w klinice prof. Korczyńskiego przekonałem się, że chemizm trawienia żołądkowego jest u nich prawie zawsze prawidłowy.

Określając cierpienie jako nerwicę żołądka, musimy przeto równocześnie ocenić, czyli mamy: *a*) nerwicę czystą, *b*) czy zmianę organiczną w żołądku a następowe zboczenie w sferze nerwowej; *c*) czyli też chorobę żołądka organiczną, i zboczenie nerwowe niezależnie od siebie przebiegające.

8. Rozstrzygnięcie tych stanów chorobowych jest zwykle tylko na podstawie wewnętrznego badania żołądka możliwem, i lekarz nigdy, jeżeli chce się ustrzedz pomyłki, zaniechać go niepowinien. Żywo stoi mnie w pamięci szereg w tym kierunku popełnionych pomyłek. Miałem np. w praktyce karlsbadzkiej 49-letnią izraelitkę z Tarnowa miernie odżywioną w okresie ustawania regularności. Odbijanie, czkawka napadowa, zły smak w ustach, brak łaknienia, uczucie dławienia w połyku, nudności, przechodne bóle w kończynach, grzbiecie niepokoiły w wysokim stopniu chorą, a ujemny wynik badania fizykalnego nie dawał podstawy do przyjęcia zmian organicznych w żołądku. Zrobiłem tak pewne rozpoznanie *climacterium subs. dyspepsia hysterica,* że chorej, która się domagała, aby jej z żołądka „wyciągnąć, to co nudzi“ powiedziałem że tego niepotrzeba, gdyż po krótkim pobycie w Karlsbadzie pojedzie do Franzensbadu i tam dozna polepszenia, tutaj niech pije tylko małe ilości wody mineralnej. Gdy jednak objawy, według mego rozpoznania maciennicze, nie ustępowały, uległem żądaniu chorej: naczczo przedsięwzięte badanie żołądka, wykazało przeszło pół litra płynu zielonkowato żółtego, mętnawego z małą ilością strzępów mięsa; przesącz niebieskawy o kwasocie 70,0, a oddziaływanie silne na wolny kw. solny. Tak więc miałem przed sobą wybitny nieżyt kwaśny z rozstrzenią trwałą lżejszego stopnia. Innego rodzaju pomyłka zdarzyła się mnie również w Karlsbadzie u 50-letniego miernie odżywionego mężczyzny stanu duchownego. Uskarżał on się na odbijania, wobec wzmożonego łaknienia na rozdymanie w okolicy żołądka, zaparcie stolca, senzacye w rozmaitych częściach ciała. Żołądek czczy wykazał mierne pluskanie a płuca niewielką rozedmę. Rozpoznałem co do żołądka: *catarrhus acid. subs. ectasia et statu nervoso* i zaleciłem pilne picie wody mineralnej ze stopniowaniem dawek i dyetę mięsną, oprócz tego codzienne mięsienie brzucha. W pierwszym tygodniu przypadłości były mniejsze, lecz w drugim pojawiły się znów, a gdy z dnia na dzień się wzmagały, nakłoniłem pacyenta do poddania się sondowaniu. Ku memu zdumieniu zdołałem z żołądka czczego wyciągnąć około 150 cm.^{3} miazgi mięsnej zupełnie niestrawionej i cuchnącej oddziaływania alkalicznego. Rozpoznanie musiało być zmienione na nieżyt śluzowy, a leczenie karlsbadzkie zaprzestane. Badanie wewnętrzne żołądka jest, jak to się i z doświadczenia lekarskiego okazuje, najpewniejszym środkiem do odróżnienia, czy pod objawami, tak zwanemi nerwowymi, nie kryje się zmiana organiczna żołądka,

nadto może posłużyć do odróżnienia niektórych nerwic między sobą, jak np. czuciowych od wydzielniczych. Dla tego ja prawie nigdy stanowczo nie rozpoznaję nerwicy żołądka, jeżeli niebyłem w możności wykonać sondowania żołądka. Badanie wewnętrzne służy wprawdzie do wykluczenia zmian organicznych żołądka, nie pozwala jednak w każdym przypadku na wykluczenie ich stanowcze a przyjęcie tylko obecności nerwicy, jak to np. ma miejsce, jeżeli w przebiegu blednicy okazują się obok siebie wymioty i bóle, które tak dobrze mogą się odnosić do nerwicy jak i wrzodu żołądka. Stąd i pomimo sondowania pominąć nie należy wszystkich innych okoliczności rozpoznawczych jako to: szczegółów anamnestycznych, badania układu nerwowego, przebiegu choroby, skutków dotychczasowego leczenia, czyli zwrócić uwagę na szczegóły wyliczone w poprzedzających punktach, aby sobie wyrobić pewne przekonanie o obecności nerwicy w danym przypadku.

XXVIII. Etyologia, częstość, przebieg i leczenie nerwic żołądka w ogólności.

W ustępie XXV zaznaczono pochodzenie nerwic żołądka. Szczegółowe przyczyny będą podane jeszcze przy pojedyńczych nerwicach. Tu należy tylko ogólnikowo podnieść, że do wystąpienia nerwic potrzebne jest pewne usposobienie neuropatyczne, które może być wrodzone przez pochodzenie od rodziców, dotkniętych chorobami układu nerwowego, albo nabyte przez czynniki obniżające energią narządu nerwowego, jakoto przez przygnębienie psychiczne, nadmierną pracę umysłową, nadużycia płciowe, choroby ustrojowe połączone z upośledzeniem w odżywieniu (niedokrwistość, blednica). Największą ilość przypadków nerwic żołądka dostarczają kobiety, a to w okresie lat trwania regularności. Najliczniej między niemi są reprezentowane izraelitki, które tak często podlegają nerwicom żołądka, jak ich mężowie nadmiernemu wydzielaniu soku żołądkowego. Również i indywidualność zdaje się odgrywać ważną rolę, jak to się objawia w idiosynkrazyach żołądkowych, że np. istnieją osoby, które za każdym razem doznają przypadłości żołądkowych (bólu, wymiotów albo biegunki), skoro spożyją pewne zupełnie niewinne pokarmy jak np. ostrygi, jagody, groch zielony i t. p.

Nerwice żołądka są częstemi zboczeniami, jednak częstość ich bywa przecenianą, jeżeli przez niektórych autorów na 70% (P.) a nawet na 90% (Rth.) wszystkich przypadków żołądkowych podawaną. Żołądek byłby to więc narząd najwięcej ze wszystkich ulegający zboczeniom nerwowym, niemającym wcale analogii z innymi narządami, co tem więcej zadziwia, że jelita rozmiarami o wiele większe, pokrewną funkcyą spełniające i prawie z tych samych źródeł swoje unerwienie czerpiące, tak wysokiej chorobliwości nerwowej nie posiadają. Ani względy anatomiczne, ani fizyologiczne nie przemawiają zatem, aby tak nerwice samoistne jak i odruchowe miały występować częściej w żołądku niż w innych trzewiach brzusznych lub piersiowych. Natomiast z uwagi, że żaden narząd ustroju nie doznaje bez przerwy tyle najróżnorodniejszych szkodliwości jak żołądek, należy przypuścić, że zmiana chorobowa tkwi w przeważnej części przypadków w samych ścianach narządu, a przy usposobieniu neuropatycznem może być momentem przyczynowym do wywoła-

nia rozlanych zboczeń w sferze nerwowej, jak to w obec zmian istniejących w innych narządach również bywa. Wysoki odsetek chorobliwości na nerwice żołądka w statystyce chorób żołądka pochodzi jedynie z zaniedbania lub niedokładności badania wewnętrznego żołądka, jeżeli podejrzywa się nerwicę żołądka. Ja na podstawie przeszło 400 przypadków wewnętrznie badanych znalazłem około 30% zboczeń w czynności żołądka polegających na tle nerwowem.

P r z e b i e g nerwic zależy od przyczyn wywołujących je. Niekiedy znikają one same przez się, aby po niejakim czasie znów się pojawić. W innych razach trwają uporczywie całymi latami. Dlatego r o k o w a n i e co do wyzdrowienia bywa niepewne, a co do życia, to tylko w rzadkich przypadkach w których pokarmów do żołądka wprowadzić nie można, albo żołądek ich nieprzyjmuje, okazuje się niekorzystnem.

L e c z e n i e polega na usunięciu przyczyn wywołujących, co jednak w małej części przypadków da się uskutecznić. Czasem wystarczy wpływ psychiczny, aby nerwica, jakoby pod działaniem różczki czarodziejskiej ustąpiła. Najczęściej musi chory przechodzić przez cały szereg tak racyonalnych jak i empirycznych środków, nim dozna polepszenia. Najracyonalniejszem postępowaniem w leczeniu nerwic żołądka okazuje się to, aby działać skrzepiająco na układ nerwowy i odżywienie, a równocześnie symptomatycznie i miejscowo na narząd sam, jak to szczegółowo omówionem będzie przy pojedyńczych nerwicach. Co się dotyczy ż y w i e n i a d y e t e t y c z n e g o, to najlepiej jest wybrać te pokarmy, o których chory sam wie, że nie wywołują u niego przypadłości żołądkowych, a z tych polecić najpożywniejsze.

A. Nerwice żołądka czuciowe.

Neuroses gastricae sensitivae.

W stanie prawidłowym, ani ucisk mechaniczny pokarmów na ściany żołądka, ani ciepłota, ani też jakość chemiczna tychże wcale nie bywa odczuwaną: również nie przychodzą do świadomości ruchy żołądka, ani obecność kwasu żołądkowego. Nawet oderwanie kawałków błony śluzowej zgłębnikiem, lub dostanie się gorącego kęsa do żołądka nie sprawia uczucia bólu. Wprowadzenie większej ilości zimnego lub gorącego płynu do żołądka sprawia pewne obniżenie (około 3° C.), lub podwyższenie ciepłoty powłok brzusznych (Schlikoff) i przez nie ma powstawać uczucie ciepła lub zimna w żołądku (E. H. Weber). Nieda się jednak zaprzeczyć istnienie pewnego, chociaż bardzo przytępionego czucia w żołądku. Wprowadzenie ostrych cieczy (wyskoku, olejków i t. p.) sprawia uczucie ciepła, gryzienia, palenia lub bólu; przepełnienie płynnymi pokarmami daje uczucie pełności, wydęcie powietrzem uczucie prężenia i t. d. W stanach patologicznych może jednak ten narząd przybrać wysoki stopień nadczułości, tak że staje się źródłem najprzykrzejszych podmiotowych dolegliwości, a to nawet w takich przypadkach, w których ani zmian organicznych w narządzie, ani wywołującej przyczyny wynaleść nie można. Czucia te dochodzą do świadomości drogą włókien czuciowych nerwów błędnych, a mogą być jeszcze wywołane przez podrażnienie włókien nerwu współczulnego.

Objawy czuciowe ze strony żołądka, są ze wszystkich objawów żołądkowych najczęstszymi, są one właśnie temi objawami, które chorego zmuszają szukać pomocy lekarskiej. Występują one nietylko samoistnie, lecz towarzyszą jeszcze częściej tak zmianom organicznym jak i nerwicom żołądka.

XXIX. Przeczulice żołądkowe.

Hyperaesthesiae gastricae.

Pod tą nazwą rozumiemy sensacye najrozmaitszego rodzaju zlokalizowane przeważnie w samym żołądku, a występujące nietylko podczas trawienia, ale także i w żołądku próżnym. Pojawiają się one dość często jako samoistne zboczenia nerwowe; lecz czy one w danym przypadku pochodzą od zboczeń w ośrodkach nerwowych, czy też w samych nerwach żołądkowych lub ich zakończeniach, nie da się stanowczo rozstrzygnąć. Ze względu na to, że przy zaburzeniach w ośrodkach nerwowych (przekrwieniach, nowotorach, uszkodzeniach mózgu i t. p,) pojawiają się zboczenia czuciowe w żołądku, należy wnioskować, że nerwice czuciowe mogą pochodzić także z przyczyn centralnych.

1. Nudności (*nausea*) pojawiają się rzadziej naczczo, częściej po użyciu pokarmów, przyczem często powstaje smak słonawy. Nudnościom towarzyszy równocześnie zwykle brak łaknienia. Ponieważ nudności poprzedzają niejednokrotnie wymioty, należałoby ten objaw uważać jako wywołany następowo nieprawidłowymi ruchami żołądka p. ust. XXXVII. 1. Jako objaw symptomatyczny organicznego cierpienia żołądka pojawiają się nudności wśród nieżytu śluzowego szczególniej u pijaków, jakoteż w rozstrzeni w razie nagromadzenia się większej ilości treści żołądkowej.

Symptomatyczne leczenie nudności nerwowych polega na wypiciu zimnej wody, soków owocowych, limonady, małych ilości napojów wyskokowych (wina, wódek aromatycznych), kilku kropel kw. solnego, postawieniu gorczyczników na dołek podsercowy, i t. p. Przy nudnościach nerwowych chorzy zwykle nie znoszą lekkostrawnych pokarmów, mleka, jaj, a natomiast dobrze się mają przy używaniu niestrawnych potraw jak kapusty, ogórków i t. p.

2. Uczucie pełności i rozdymania w żołądku (*flatulentia nervosa*) zdarza się często po wprowadzeniu pokarmów do żołądka, jednak może i w zupełnie czczym żołądku występować, tak że chorzy starają sobie sprawić ulgę przez rozpinanie sukien. Lecz nietylko to, ale i sondowanie jakoteż przepłókiwanie tych sensacyi nie znosi. W wielu przypadkach uczucia pełności towarzyszy brak łaknienia. Ponieważ w obec uczucia rozdymania występują niejednokrotnie odbijania, które sprawiają ulgę, dlatego możnaby uważać to uczucie jako następstwo nerwicy ruchowej. W niektórych przypadkach równocześnie występujące spasmatyczne ziewanie przemawia za przyrodą centralną tych sensacyj. Jako objaw symptomatyczny zdarza się uczucie pełności i rozdymania w histeryi w skutek połykania powietrza, a w rozstrzeni żołądka w wypadkach gromadzenia się gazów z treści fermentującej.

Uczucie pełności i rozdymania, jeżeli polega na tle nerwowem, staramy się tymi samymi środkami przytłumić, co i nudności. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, że po użyciu dobrej wody sodowej, wolnej od powietrza, uczucie

rozdymania wcale się nie powiększa. W pierwszych chwilach występują tylko częste odbijania, poczem chorzy od swego przykrego stanu są wolni. Podobnie wprowadzenie i innych silnie pobudzających ciał, jak małej ilości musztardy, filiżanki kawy, kieliszka wina lub wódki, zawierającej goryczkę lub olejek lotny, zmniejsza te przykre uczucia.

Zdarza się jeszcze, że chorzy uczucie pełności i rozdymania w jelitach mające swój początek lokalizują w żołądku, a wtenczas można w jelitach wykazać bębnicę lub nagromadzenie kału. Występuje to najczęściej wskutek dłuższego zatrzymania stolca. Przez użycie środków przeczyszczających, przez zimne nacierania, połączone z mięsieniem brzucha, przez spożycie nasion kminku na koniec noża, lub silnej zupy kminkowej, albo lewatywy z naparu kminku, można te uczucia całkowicie lub częściowo uśmierzyć.

3. Uczucie gniecenia i tłoczenia w żołądku zauważyłem jako samoistny objaw szczególniej u kobiet i dziewcząt około 20 roku życia, jakoteż w czasie ustawania regularności. Uczucie to występuje także naczczo, a powiększa się po spożyciu pokarmów. Osoby doznające tego cierpienia są najczęściej niedokrwiste lub blednicze, mało jadają z obawy wywołania przypadłości żołądkowych, a podczas miesiączkowania doznają nawet bólów w żołądku.

Leczenie miejscowe tego objawu nerwowego jest zwykle bezskuteczne. Silnie ściągnięta opaska, krople z *aqua laurocerasi c. morphio*, jakoteż inne środki, które przeciw nerwobólom żołądkowym stosowane bywają (p. ustęp XXIX) działają niekiedy łagodząco. Oprócz tego należy na chorych wpływać, aby pomimo uczucia gniecenia jedli w dostatecznej ilości. Pod wpływem stosownego żywienia, zabiegów hydriatycznych, kąpieli żelezistych, a niekiedy i galwanizowania żołądka objawy gniecenia ustępują.

Często bywa gniecenie żołądkowe początkowym objawem hysteryi, niekiedy gruźlicy płuc, a jako następowy objaw występuje ono w nieżycie tak kwaśnym, jak i śluzowym.

4. Uczucie czczości i ssania w żołądku występuje jako samoistny objaw szczególniej u mężczyzn w wieku średnim, naczczo lub po użyciu zimnej wody lub kwasów. W wielu przypadkach towarzyszy mu uczucie omdlewania i głodu. W przypadkach tego rodzaju badanych wewnętrznie, znalazłem w niektórych z nich zwiększone wydzielanie soku żołądkowego miernego stopnia.

Wprowadzenie ciepłych pokarmów lub napojów (kawy, herbaty) sprawia tu ulgę.

5. Uczucie chłodu lub gorąca w okolicy żołądka, pojawia się jako przeczulica samoistna przeważnie u mężczyzn. Zwykle rozszerza się ta sensacya po za okolicę żołądka, ku dołowi lub ku lewej stronie. Badanie wewnętrzne tego rodzaju chorych nie wykazało nigdy zmniejszenia, raczej małe zwiększenie wydzielania soku żołądkowego. W wielu przypadkach wydawało mi się że to uczucie pochodzi równocześnie ze strony jelit. Zdaje się jednak, że to zboczenie czuciowe jest tylko częściowym objawem ogólnej nerwicy. Chorzy bowiem doznający powyższych uczuć uskarżają się na podobne sensacye w kończynach.

Symptomatycznie stosowałem w tej przeczulicy ze zmiennem powodzeniem,

opaski suche, okłady gorące na okolicę żołądka, nacierania brzucha zimną wodą, ciepłe kąpiele, penzlowanie nastojem jodowym albo gorczyczniki na dołek podsercowy, a ostatecznie polecałem pić małe ilości napojów wyskokowych (koniak), winną polewkę.

6. Uczucie palenia w żołądku nie bywa jako samoistna przeczulica częstym objawem. Musi to być uczucie bardzo przykre, skoro chorzy porównywają je z paleniem od ognia. Zazwyczaj rozszerza się ono na całą jamę brzuszną i zdaje się, że przeważnie jelita biorą w nim udział, a przyczyna leży prawdopodobnie w nerwie współczulnym. Dla uśmierzenia tego uczucia piją chorzy chętnie wodę lub napary z ziół aromatycznych lub gorzkich.

7. Zgaga (*pyrosis nervosa*) jest rzadko objawem samoistnym; łączy się zwykle z uczuciem palenia w żołądku, które rozszerzając się ku górze, sprawia to charakterystyczne uczucie. Bardzo często występuje zgaga jako objaw następowy w nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego, podczas wrzodu okrągłego, przy nagromadzeniu kwasów organicznych w treści żołądkowej. W tych przypadkach kwasy dostają się do przełyku i sprawiają to uczucie (Rm.), które przez użycie rozczynów lub wód alkalicznych przytłumić można. Zgagi zaś nerwowej alkalia nie znoszą. Łagodząco jednak działa picie ciepłego mleka lub kleiku.

8. Uczucie gryzienia, wiercenia, lub zranienia w żołądku napotykałem przeważnie u osób z nieżytem kwaśnym i wrzodem żołądka. Jako samoistną przeczulicę spostrzegałem te sensacye jako występujące tylko wspólnie z następnemi.

9. Uczucie ciała obcego w żołądku, któremu chorzy przyczynę wyżej wymienionych sensacyi przypisują. Jest to zboczenie czuciowe dość częste u naszych wieśniaków, którzy nawet czują i opisują ruchy ciał obcych (robaków, wężów, jaszczurek) znajdujących się wrzekomo w żołądku. Jest to cierpienie dotkliwe, trapiące chorego dzień i noc, a trwające całemi latami. Pewna inteligentna dama radziła mnie się twierdząc, że od 15 lat czuje połkniętą kość z kurczęcia, jakoby się jej do żołądka wbiła; pokazywała nawet miejsce uwięzgnięcia, które bynajmniej nie było przy ucisku tkliwe. Wcale inteligentny 50-letni wieśniak nim przyszedł do mnie, leczył się już przez 18 lat z tego powodu, że gad w żołądku „kręci, wierci się i gryzie pyskiem". Badanie wewnętrzne tego rodzaju chorych wydało albo wynik ujemny, albo nadmierne wydzielanie kw. solnego, a wtenczas przepłókiwanie żołądka usuwało na pewien czas te sensacye, niekiedy jednak pozostawało ono bez skutku. Zabiegi psychiczne, jak pozorne wyciągnięcie robaka z żołądka, nie miało dodatnich wyników.

XXX. Nerwobóle żołądkowe.

Gastralgia nervosa. Gastrodynia. Cardialgia.

Bóle żołądka są dość częstymi objawami. Nerwobóle występują napadowo i bywają znacznego nasilenia. Napad nerwobólu, który u niektórych chorych bywa nazywany kurczem żołądka, opisuje Rth. w następujący sposób: Po wystąpieniu uczucia pełności i prężenia w dołku podsercowym, jakoteż obfitem

ślinieniu rozpoczyna się wzmaganie dolegliwości, polegających albo tylko na miernem wypuklaniu się i bolesności żołądka, albo na gwałtownych napadach, w których wybladły chory wśród bólów wije się i stęka. W tych rzadszych typowych postaciach przychodzi w całym pasie do uczucia silnego zesznurowania, które aż do pęcherza i odbytnicy rozpromieniać się może. Chorzy, doznając wiercących bólów przedstawiają obraz najwyższej obawy i najgwałtowniejszego zapadu. Skóra pokryta zimnym i lepkim potem, ręce blade lub sine, tętno drobne i napięte. Na dołku podsercowym można wykazać podczas napadu przeczulicę skóry, okolica żołądka w wysokim stopniu przy dotykaniu bolesna, jednak głęboki ucisk sprawia ulgę. Aorta brzuszna gwałtownie tętni, a dolna część kręgosłupa brzusznego i odpowiednie przestwory międzyżebrowe okazują punkty bolesne. Po ukończeniu napadu, który trwa albo tylko krótko, albo kilka godzin, następuje sen. W wielu przypadkach napad kończy się oddaniem jasnego moczu lub w y m i o t a m i.

W przypadkach napadowych bólów żołądka, które można było uważać jako nerwoból, znalazłem w żołądku znaczne nagromadzenie treści silnie kwaśnej, albo wrzód odźwiernika z następową rozstrzenią. Samoistny nerwoból żołądka, nie jest tak częstym objawem, jak to lekarze polegający na opowiadaniu chorych przypuszczają. Bierze on swój początek po wzruszeniach psychicznych, wskutek nadmiernej umysłowej pracy (u młodzieży szkolnej), po nadużyciach płciowych (*onanii*), pojawia się dość często w przebiegu niedokrwistości i bladnicy, szczególniej u dziewcząt uczęszczających do szkoły. Oprócz momentu przyczynowego potrzebne jest do pojawienia nerwobólu żołądkowego pewne usposobienie neuropatyczne.

Rth. uważa jako siedzibę przyczyny nerwobólu żołądka podrażnienie włókien czuciowych w jądrze nerwu błędnego. W niektórych jednak przypadkach musi nerwoból żołądka być uważanym jako nerwica zwrotna, występująca wobec zboczeń w różnych narządach np. macicy. Mianowicie mogą się przyczynić do powstania nerwobólu żołądkowego i przewłoczne sprawy po połogowe zapalne około-maciczne, zmiany w położeniu macicy a nawet sprawy zanikowe w częściach rodnych, gdyż wtenczas ulegają zmianie anatomicznej także zwoje nerwowe tych narządów jak np. *ganglion cervicale uteri*, przez co mogą drogą włókien nerwu współczulnego i nerwów rdzeniowych powstać zboczenia odruchowe. Jako przyczyny wywołujące nerwobóle żołądka dostrzegano jeszcze przeciskające się kamienie żółciowe lub nerkowe, zrosty jelitowe, guzy kałowe, glisty, tasiemce, obrzęki śledziony, nerkę wędrującą. Trzeba jednak wiedzieć, że z jednej strony wiele osób cierpi na te zboczenia, niedoznając żadnych nerwobólów żołądka, że zatem potrzebne jest do powstawania ich szczególne usposobienie nerwowe; z drugiej strony znów usunięcie tych zboczeń niezawsze pociąga za sobą ustanie nerwobólu żołądka, t. j. że między temi zboczeniami nie zawsze zachodzi związek przyczynowy.

Bardzo często bywa nerwoból żołądka objawem częściowym hysteryi, neurastenii, wiądu rdzenia pacierzowego, choroby Basedowa, zimnicy i innych chorób, o czem jeszcze będzie mowa w dalszych ustępach.

O d r ó ż n i e n i e nerwobólu żołądka od wrzodu okrągłego bywa niekie-

dy bardzo trudnem, szczególniej u osób niedokrwistych i bledniczych. Za nerwobólem przemawiają następujące objawy: *a*) Brak bolesności przy ucisku dołka podsercowego. *b*) Brak wymiotów. *c*) Brak bólów po zjedzeniu niestrawnych pokarmów. *d*) Brak zmian wydzielniczych w żołądku. *e*) Równoczesne istnienie innych objawów nerwowych, a szczególniej punktów i obszarów bolesnych. Obecność tych oznak niepozwala jednak wykluczyć z wszelką pewnością wrzodu. Nietylko sam wrzód, ale i następstwa jego, blizny i ściągnięcia błony śluzowej, przylutowanie ścian żołądka do otoczenia, sprawiają podczas trawienia bóle, mające w zupełności charakter napadu nerwobólu żołądka; tem więcej, że czynność żołądka może się okazać zupełnie prawidłową. Nawet małe nadżerki błony śluzowej mogą sprawiać napadowe bóle żołądka, jak to w jednym co do rozpoznania z początku niejasnym przypadku Mikulicza miało miejsce, a który dopiero po zapenzlowaniu azotanem srebrowym nadżerki dostrzeżonej wziernikiem we wpuście został uleczony. Następnie mamy do odróżnienia nerwoból żołądka od napadów kolki żółciowej, a nawet nerkowej, co tem trudniej jest niekiedy uskutecznić, że te napady wywołują zwrotne nerwobóle żołądka (p. ust. XIX. 4). Ostatecznie należy jeszcze mieć na uwadze, że są chorzy, którzy bóle reumatyczne mięśni prostych lub skośnych, a nawet nerwobóle międzyżebrowe podają jako nerwoból (kurcz) żołądka.

Leczenie symptomatyczne nerwobólu żołądka odbywa się przez podanie ciepłych naparów herbaty, mięty, rumianku; obłożenie brzucha gorącymi okładami z mięty, rumianku lub innych ziół aromatycznych (*species aromaticae)*, jakoteż przyłożenie gorczyczników na dołek podsercowy. Najważniejszą jednak rolę odgrywają tu uspakajające i narkotyczne środki w płynie, użyte osobno, lub w mięszaninach. Do tych środków i mięszanin należą: *Aether sulfuricus*, po 15 kropel na cukrze trzy razy co kwadrans użyć. Mięszanina uśmierzająca według przepisu: *Morphii muriat.* 0.05 ($^{4}/_{5}$ gn.), *Cocaini muriatici* 0,1 ($1^{3}/_{5}$ gn.), *aqua chloroformata* 35,0 ($1^{1}/_{4}$ unc.) *MDS.* Trzy łyżeczki kawowe w przeciągu trzech godzin użyć. Albo *Tinct. belladonnae* 3,0 (48 gn.), *Morphii muriat.* 0,1 ($1^{3}/_{5}$ gn.), *Cocaini muriat.* 0,2 ($3^{1}/_{5}$ gn.), *Aqua laurocerasi* 15,0 (4 dr.) *MDS.* Trzy razy po 10 kropel w przeciągu trzech godzin w razie napadu użyć. Lub też mięszanina uśmierzająca niezawierająca morfiny: *Chlorali hydrati* 3,0 (48 gn.), *Cocaini muriatici* 0,1 ($1^{3}/_{5}$ gn.), *Aq. dest.* 100 (3 unc.), *Syr. Dyacodes* 25,0 (7 dr.) *MDS.* Co godzinę łyżkę użyć. Niektóre przypadki nerwobólu żołądka ustępują pod wpływem zastosowania natrysków żołądkowych z kw. węglowego, wprowadzając go ze syfonu z wodą sodową przez sondę (J. p. ust. XXII. 8), albo nawet pod wpływem zwykłego przepłókania wodą letnią (*Malbranc*). Dujardin-Beaumetz poleca jako środek znieczulający do przepłókiwań $^{1}/_{4}{}^{0}/_{0}$ roztwór wodny dwusiarczku węgla (*carbonium bisulfuratum).* W uporczywych przypadkach trzeba się uciekać dla uśmierzenia napadów do wstrzykiwań podskórnych, biorąc ćwierć strzykawki Pravaza z mięszaniny: *Morphii muriat.* 0,1 ($1^{3}/_{5}$ gn.), *Atropini sulfurici* 0,01 ($^{1}/_{6}$ gn.), *Aq. dest.* 5,0 ($1^{1}/_{3}$ dr.).

Wyleczenie nerwobólów żołądka staramy się osiągnąć przez usunięcie przyczyn je wywołujących, jakie wyżej wymienione zostały. Le-

czymy więc chore narządy (macicę, wątrobę, kiszki, nerki), o których przypuszczamy, że od nich pochodzą nerwobóle zwrotne. Młodzież szkolną usuwamy podczas leczenia na pewien czas od nauki szkolnej. Przeciw niedokrwistości i blednicy stosujemy łagodne procedury hydriatyczne, pobyt w górskiem powietrzu i przetwory lub wody żeleziste. Jeżeli przyczyna nerwobólu nie daje się wykazać, albo tenże pomimo zastosowania leczenia przyczynowego nie ustępuje, to stosujemy w sposób systematyczny jeden z następujących trzech czynników leczniczych, które również w przeważnej części nerwic żołądka ze skutkiem używane bywają.

1. Terapia bromowa polega na podawaniu *natrium bromatum*, dwa lub trzy razy dziennie po 2.0 (32 gm.) soli bromowej z 1,0 (16 gn.) *natrium bicarbonicum*, a korzystniej jeszcze dwie szklanki „wody bromowej silniejszej“ w ciągu dnia, która to woda wyrabiana w fabryce wód mineralnych sztucznych Rzący i Chmurskiego w Krakowie zawiera w jednym litrze wody przesyconej kw. węglowym 12,5 ($3\frac{1}{2}$ dr.) połączeń bromowych. Kw. węglowy nietylko sprawia, że woda jest przyjemniejszą do użycia, ale że i wessanie odbywa się szybciej bez zadrażnienia żołądka. Leczenie bromowe musi być prowadzone całymi tygodniami lub miesiącami według tego, czy nerwoból od krótszego lub dłuższego czasu występuje. Znaczną dawką 3,0 (48 gn.) bromku sodowego udaje się i napad sam uśmierzyć. Jeżeli chorzy nie znoszą większych dawek bromków z powodu wystąpienia trądzika (*acne*), zawrotu głowy lub zaburzenia w oddawaniu moczu, to rozpoczyna się leczenie od mniejszych dawek i postępuje do większych, robiąc nadto przestanki kilkudniowe. Podczas podawania przetworów bromowych usuwamy z pokarmów kwasy.

2. Stosuje się prąd galwaniczny (stały) kładąc anodę na miejsce bolesne żołądka, a katodę w linii pachowej lewej lub na kręgosłupie (L.), albo dając trzymać ją choremu do ręki (Vizioli). Przeprowadzanie prądu trwa przez 5—10 minut. Erb poleca galwanizowanie nerwu czulnego i błędnego w części szyjnej. Beard wykonywa tak zwaną centralną galwanizacyą w ten sposób, że katodę w postaci większej płytki kładzie na dołek podsercowy, a anodą, opatrzoną wielką gąbką, pociera czoło idąc z jednej strony ku drugiej, potem okolicę między obydwoma uszami przez 1—2 minut, następnie nerwy współczulne i błędne na szyi, a ostatecznie kręgosłup od góry do dołu przez 3—6 minut. Ziemssen używa obecnie przy wszystkich nerwicach żołądka według potrzeby galwanizowania lub faradyzowania wykonanego w ten sposób, że jedną elektrodę (anodę) o powierzchni 600 kw. cm. przykłada na podżebrze lewe na przestrzeni od odźwiernika do dna żołądka, a w odległości 1—2 cm. od niej drugą elektrodę (katodę) o powierzchni 500 kw. cm. począwszy od dna żołądka ku kręgosłupowi odpowiednio położeniu żołądka. Przy tak wielkich elektrodach prąd użyty musi być tak silny, że przy zmianie tegoż powinien wywołać silne skurcze mięśni brzusznych. Przy zewnętrznem zastosowaniu prądu tak stałego jak i przerywanego na okolicę żołądka u zwierząt i ludzi zauważyli Ziemssen i Caragiosiades kurczenie się żołądka na rozległości, odpowiadającej wielkości elektrody, równocześnie zwiększenie wydzielania soku żołądkowego, wzmożenie łaknienia i ogólne orzeź-

wienie. Natomiast z galwanizowania i faradyzowania wewnętrznego zapomocą sondy elektrycznej nie dostrzegał Ziemssen tak skutecznego działania jak z zewnętrznego, gdyż wpływ prądu stałego i przerywanego na żołądek ograniczał się tylko do miejsca odpowiednio do wielkości główki elektrody, dlatego wobec trudności wykonania elektryzowania wewnętrznego zaniechał je zupełnie. Założenie suchego stosu galwanicznego (płyta srebrna na okolicę żołądka położona i połączona z cynkową umieszczoną na kręgach lędźwiowych) miało mieć w dwóch przypadkach przez Rth. obserwowanych skutek uspokajający. W celu uśmierzenia punktów bolesnych używa Rb. przykładania na nie anody; podczas gdy według Rth. może penzlowanie faradyczne bolesnego kręgosłupa i przestworów międzyżebrowych, jakoteż dołka podsercowego mieć dobry wynik.

3. Leczenie hydriatyczne staramy się stosować najlepiej w zakładach ku temu urządzonych, gdyż tu one nietylko mogą być systematycznie przeprowadzone, ale równocześnie działają korzystnie czynniki klimatyczne, dyetetyczne i psychiczne. Jeżeli stosunki pacyenta nie dozwalają na pobyt w zakładzie, ograniczamy się na zaleceniu niektórych zabiegów wodoleczniczych w domu, stosując się do pory i sposobu życia chorego. W nerwobólach żołądka ma leczenie hydriatyczne wywierać wpływ uspokajający i przyczyniać się do krzepienia układu nerwowego centralnego. W zastosowaniu należy przedewszystkiem z obniżeniem ciepłoty wody i trwaniem zabiegu postępować łagodnie i stopniowo, szczególniej u osób niedokrwistych i źle odżywionych, z których niektórzy nawet łagodnego leczenia dobrze nie znoszą. Leczenie domowe rozpoczyna się nacieraniem ciała codziennie rano gąbką lub płatem płótna umoczonem w wystałej pokojowej wodzie, a potem z niej dobrze wyżętem i następowem wytarciem powierzchni ciała do suchości, poczem następuje przechadzka trwająca przynajmniej pół godziny. Po kilku dniach odbywa się ten sam zabieg płótnem niewyżętem. Po upływie znów kilku dni przystępuje się do stosowania obwijań w koce, trwających przez półgodziny, a to w ten sposób, że zanurza się prześcieradło w wodzie wystałej o 20° C., kładzie je na koc lub kołdrę, zawija chorego, i okrywa go jeszcze pierzyną. Po rozwinięciu zlewa się chorego wystałą wodą i wyciera do suchości. Ciepłotę wody służącej tak do zanurzania prześcieradeł, jako też do następowych zlewań zniża się z dnia na dzień. Zamiast zlewań stosuje się także przez 5—10 minut trwającą pół kąpiel sięgającą tylko do pępka (*Halbbad*) o ciepłocie około 25° C., przyczem zlewa się siedzącego w wannie chorego i naciera gołemi rękami; ostatecznie wyciera na sucho i poleca przechadzkę. Równocześnie polecane bywa noszenie okładu wysychającego Priessnitza na brzuch, okrywając go dobrze z wierzchu opaską, aby doń niedostało się zimne powietrze zewnętrzne. Wreszcie można próbować jeszcze zadziałania termicznego na kręgosłup, przykładając rurki Leitera, w których krąży zimna woda (20° R.) w podobny sposób, jak to poleca Chapman. Jeżeli rurki zimne nie wywierają skutku, należy próbować przeprowadzać przez nie ciepłą wodę (30°—40° C.), które to postępowanie i przy innych nerwicach może być stosowane. Wszystkie zabiegi wodolecznicze muszą być całymi tygodniami bez przerwy wykonywane.

Jeżeli nie jesteśmy pewni tła nerwowego gastralgii, to stosujemy z dobrym skutkiem ciepłe wody mineralne w domu lub przy źródle, jak wodę Karlsbadzką, Szczawnicką, Vichy. Co do dyety, w nerwobólach żołądka, to ta powinna być i pożywna i dostateczna do odżywiania. Lecz nie należy chorych trapić takimi pokarmami, których nie lubią, albo o których twierdzą, że wywołują u nich bóle żołądkowe.

XXXI. Zmiany w uczuciu głodu i łaknienia.

Uczucie głodu nie jest uczuciem miejscowem, li tylko do żołądka ograniczonem, ale ogólnem, wywołanem przez zubożenie krwi w pewne składniki i ma polegać na podnieceniu ośrodka głodowego znajdującego się w rdzeniu przedłużonym przez zetknięcie się z krwią w swym składzie zmienioną. Zwierzęta pomimo pozbawienia ich w zupełności żołądka (pies Czerny'ego) przyjmują pokarmy i mogą przez długi czas utrzymać się przy życiu. Dążność zaś skierowana do pewnych ciał, w celu zaspokojenia uczucia głodu nazywa się łaknieniem (apetytem), którego dopiero przez doświadczenie przy pomocy zmysłów smaku, powonienia i czucia nabywamy. W stanie prawidłowym obydwa uczucia idą ze sobą w ten sposób w parze, że łaknienie bywa objawem głodu. Inaczej ma się rzecz w stanach patologicznych. Chory ma ogólne uczucie głodu, ale zboczenia w powonieniu, smaku lub czuciu w połyku, zmieniona czynność żołądka lub jelit nadaje odmienny kierunek łaknieniu. Chory np. aczkolwiek czuje głód, już po pierwszych kęsach wprowadzonych do żołądka utraca łaknienie, albo w innych przypadkach uczuwa po spożyciu dostatecznych ilości pokarmów sytość, a czuje jeszcze silny pociąg do spożycia pewnych potraw lub napojów, jak to się często zdarza w rozstrzeni żołądka. Łaknienie może być przeto zmienione pod wpływem zmian miejscowych w przewodzie pokarmowym niezależnie od ogólnego uczucia głodu.

1. Zwiększone uczucie głodu i łaknienia.

Wilczy głód. Wilczy apetyt. *Hyperorexia. Bulimia.*

To zboczenie objawia się potrzebą częstego spożywania pokarmów. Chorzy budzą się nawet w nocy z uczuciem głodu i spożywają w tym celu przygotowane jadło. W razie niemożności zaspokojenia głodu uczuwają ból i zawrót głowy, ogólne omdlenie i osłabienie. W przypadkach przezemnie obserwowanych apetytu wilczego, dostrzegałem najczęściej trwałe wydzielanie soku żołądkowego znaczniejszego stopnia, a dość często rozstrzeń, a jeżeli ta przebiegała z trwałem wydzielaniem soku żołądkowego, to nawet pomimo obecności znacznej ilości pokarmów w żołądku doznawali chorzy ciągłego uczucia głodu, tak że uważałbym za uzasadnione twierdzenie, że uczucie głodu może być wywołane przez podrażnienie zakończeń nerwów błędnych. Rth., który przytacza przypadki wilczego głodu po wstrząśnieniach mózgowych, po zatorach naczyń mózgowych, w chorobie Basedowa, szuka przyczyny tego cierpienia w podrażnieniu pewnych części jądra nerwu błędnego.

Jeżeli do zaspokojenia wzmożonego uczucia głodu niewystarczają zwykłe ilości pokarmów, lecz bywają ogromne ilości tychże naraz spożywane, a pomimo to uczucie nasycenia nie następuje, to ten objaw chorobowy nazywa się

żarłocznością (*polyphagia*). Podczas gdy wielu autorów uważa jako przyczynę tego zboczenia znieczulenie rozgałęzień nerwów błędnych, to utrzymuje Rth. że znieczulenie nastąpiło w jądrze nerwów błędnych; jestto przeto nerwica depresyjna.

Zwiększone łaknienie jest objawem towarzyszącym innym chorobom, jak hysterii, neurastenii, chorobom umysłowym, padaczce, cukrzycy, kile, w czasie ozdrowienia po ciężkich chorobach, o czem jeszcze niżej wzmianka będzie.

W celu leczenia powyższych zboczeń chorobowych używane bywają ze skutkiem środki narkotyczne w większych dawkach: Morfina lub kodeina (0,01 = $^1/_6$ gn. kilka razy dziennie); kokaina (0,05 = $^5/_6$ gn. dwa razy dziennie); bromek sodowy w dawkach 5 gm. = 1 dr. naraz; *chininum hydrobromatum* po 0,3 (5 gn.) 3 razy dziennie. Rth. poleca podskórne wstrzykiwania *extr. opii*; płyn w tym celu najlepiej przygotować według następującego przepisu: *Extractum opii* 0,2 (3 gn.), *glycerini et aq. d. aa* 2,5 (40 gn.), *filtra*, *DS.* Pół strzykawki na raz wstrzyknąć. Albo według tego samego autora po ćwierć do pół strzykawki wtrójnasób rozcieńczonego i sączonego roztworu arszenikalnego Fowlera wstrzykiwać. Jeżeli przypuszczamy przyczynę miejscową w samym żołądku, to dobre usługi oddaje leczenie Karlsbadzkie. Z leczenia ogólnego zasługuje na polecenie, metodyczne leczenie hydryatyczne i kąpiele morskie.

2. Zmniejszenie uczucia głodu i łaknienia.

Anorexia nervosa.

Łaknienie ustaje, jeżeli uczucie głodu zostaje w jakikolwiek sposób przytłumione przez zahamowanie ośrodka głodowego. Zdarza się to często wskutek pognębienia umysłowego, przestrachu, trwogi, nadmiernej pracy umysłowej np. w przypadkach obarczenia naukowego młodzieży szkolnej, wskutek niektórych chorób umysłowych i t. d. Zboczenie to może wystąpić pozornie jako samoistne, potęgować się do tego stopnia, że pacyenci zaledwie kilka łyżek mleka dziennie zjadają, a na wszelkie prośby i groźby zmierzające do nakłonienia ich do jedzenia są głuchymi. Znane są nawet przypadki, w których nastąpiło zejście śmiertelne z powodu zagłodzenia się (Charcot, Rth.). To same tło ma brak łaknienia w przypadkach hysteryi i neurastenii. Nadmierne używanie niektórych alkoloidów jak przetworów makowca, kokainy, palenie tytoniu bywa powodem zmniejszenia łaknienia. W chorobach zakaźnych przebiegających z gorączką, a szczególniej w gruźlicy płuc przechodzi brak łaknienia w jadłowstręt (*aversio*).

Z drugiej strony może być przyczyna braku łaknienia obwodowa. Chory czuje nawet głód, szuka, by czem go zaspokoić, a skoro weźmie kęs do ust, to mu albo „rośnie w ustach“, albo „przełknąć go nie może“, albo dostawszy się wreszcie do żołądka „siedzi jak kamień“. Pokarmy doprowadzone nie sprawiają bowiem w przebiegu przewodu pokarmowego, w których unerwienie jest zmienione, prawidłowego podrażnienia, ale nieprzyjemne, a nawet bolesne uczucia, stąd i na samo wyobrażenie o pokarmie powstaje zahamowanie ośrodka nerwowego dla głodu, z którym i łaknienie na pewien czas ustaje. W ten sposób towarzyszy brak łaknienia przeczulicom i nerwobólom żołądka, wy-

miotom nerwowym i t. d. Zmiany organiczne, jak zapalenie jamy ustnej, ostre lub przewłoczne zapalenie przełyku, nieżyt śluzowy i rak żołądka wywołują również brak łaknienia, bądź z powodu zaburzeń w prawidłowym przebiegu trawienia, bądź z powodu doznawania dolegliwości po spożyciu pokarmów.

L e c z e n i e zmniejszonego łaknienia jest według przyczyny różne. Symptomatycznie przy „złym smaku" poleca się często płókanie aromatycznemi mięszaninami: *aq. cinnamomi, aq. melissae, aq. menthae piperitae* lub *aq. rosarum* z dodatkiem kilku kropel kwasu octowego; obok tego czyszczenie zębów zapomocą magnezyi z dodatkiem *pulv. rhizomatis iridis florentinae* lub *calami*, i 1—2 kropel olejków z powyżej wyliczonych wód aromatycznych. Po pilnej toalecie jamy ustnej dostrzegał Kaczorowski przypadki w których znikały przypadłości dyspeptyczne. Następnie stosujemy środki działające pobudzająco na czynność żołądka: Picie zimnej wody zwyczajnej lub sodowej naczczo i przed jedzeniem, używanie limonad, winogron lub jagod kwaskowatych, zup kwaśnych, chudego mleka kwaśnego lub kefiru, użycie kw. solnego lub wody sodowej kwaśnej (p. str. 4), używanie nastojów i naparów rozmaitych goryczek roślinnych (p. str. 15) szczególniej *infus. corticis condurango*. Ziemssen zauważył, że galwanizowanie żołądka pół godziny przed obiadem łaknienie podnosi i chorych orzeźwia. W braku łaknienia na tle hysterycznem działa według Rth. dobrze ogólna faradyzacya, wykonana w ten sposób, że umieszcza się szeroką elektrodę między stopy znajdujące się w letniej kąpieli nożnej, podczas gdy drugą elektrodę zwilżoną ujmuje lekarz ręką lewą, prawą zaś prowadzi kolejno wzdłuż pleców, brzucha i t. d. przez 5—10 minut. Jeżeli przyczyną braku łaknienia jest przeczulica żołądka, to dobrze skutkuje *natrium bromatum* 0,5—1 (8—16 gn.) na dawkę. Jeżeli przyczyną jest niedokrwistość, to dobrze działają szczawy żeleziste przy źródle użyte, w konieczności można stosować przetwory żeleziste (*ferr. hydragenio reductum, ferr. citricum, ferr. albuminatum, ferr. lacticum*), lub sztuczną wodą żelezistą słabszą i mocniejszą zawierającą 0,532 i 0,266 p. m. pyrofosforanu sody i żelaza (wyrobu Rzący i Chmurskiego w Krakowie). Korzystnie działają w niektórych przypadkach: zmiana miejsca, otoczenia, powietrze górskie, a w szczególności ruch (gimnastyka) i zabiegi wodolecznicze (p. ust. XXX 3) stosując u chorych jeszcze dobrze odżywionych a mało wrażliwych miejscowe natryski zimne (o 12^0 R.) na okolicę żołądka, albo i ogólne z poleceniem następowego ruchu. U chorych źle odżywionych, a mało jedzących tylko wyjątkowo dla próby polecamy natryski i ruch ciała, gdyż przez forsowne i systematyczne używanie tych czynników mogłoby odżywianie jeszcze więcej podupaść a nerwowość się wzmódz. U tego rodzaju chorych należy owszem położyć ciepłe (38^0 C.) rurki Leitera na kręgosłup. Na polepszenie łaknienia dobrze wpływają kąpiele morskie z silniejszem falowaniem (Helgoland, Norderney). Jeżeli u chorego mało jedzącego waga ciała się zmniejsza, wychudnienie się wzmaga, a skóra staje się suchą, chłodną i siną, to wypada żywić chorego nawet przemocą za pomocą sondy. Do tego sposobu żywienia należy w ogóle dążyć nawet we wszystkich chorobach, w których wskazany jest pewien sposób odżywiania, a który ze względu na brak łaknienia, lub przykry smak, a wreszcie z powodu oporu ze strony chorego nie może być przeprowa-

dzony. Tym tylko sposobem może się lekarz uwolnić od rzeczywistych lub urojonych uprzedzeń i kaprysów chorego a przeprowadzenie wskazanej dyety sobie ułatwić.

Przypadki wychudnienia wskutek nerwowego braku łaknienia nadają się do leczenia metodą Weir-Mitchella polecaną przez Playfair'a i Burkarta w ciężkich przypadkach hysteryi i neurastenii. Chorego oddala się z domu, aby usunąć pobłażliwe i zbyt uczuciowe otoczenie, a poddać go wyłącznemu wpływowi lekarza. Najstosowniej umieszcza się chorego w osobnym zakładzie, dodając mu odpowiedną dozorczynią, która ma posiadać zaufanie chorego, a wykonywać polecenia lekarza. Chory przebywa leczenie pierwsze trzy tygodnie w łóżku, aby zużycie materyi było jak najmniejsze, dostaje za pokarm tylko mleko słodkie przygotowane według smaku chorego, po kilka łyżek co dwie godziny tak, że wypija z początku pół litra dziennie z kilkoma sucharkami angielskiemi. W razie nieznoszenia mleka dodaje się doń nieco herbaty, kawy, koniaku, sody, wody wapiennej i t. p. Z dnia na dzień powiększa się powoli dawkę pokarmu podając stopniowo obok mleka jeszcze inne łatwo strawne potrawy ośm razy dziennie, i w ten sposób przechodzi się do dyety mięszanej zawierającej bułkę z masłem, ziemniaki, drób, pieczeń wołową, jarzyny, kompot, leguminę. Obok tego rozpoczyna się po trzech dniach leczenia mięsienie ogólne, które ma na celu zastąpienie braku ruchu. Mięsienie odbywa się dwa razy dziennie i trwa stopniowo od 15 minut do $1^1/_2$ godziny. Mięsienie wspiera się faradyzacyą mięśniową wykonywaną 1—2 razy dziennie. Po trzech tygodniach pozwala się choremu wstawać, lecz miernej tylko przechadzki używać. W szóstym tygodniu trwanie mięsienia się skraca, a faradyzowania zaprzestaje. Równocześnie podaje się dyetę co raz więcej urozmaiconą, tak żeby w dziewiątym tygodniu, kiedy leczenie ma się ukończyć, dyeta była już zwyczajną. Jeżeli jednak po trzech tygodniach tego dla chorego i lekarza uciążliwego leczenia niema poprawy, dalsze prowadzenie leczenia pożądanego skutku zwykle już nie przynosi. W przypadkach stosownie dobranych, u chorych powodujących się poleceniami lekarza, wyniki leczenia, według spostrzeżeń wielu autorów, bywają korzystne.

U wielu chorych z brakiem łaknienia dostrzegałem, że nie odosobnienie, ale przyjemna towarzyska podróż, wesoło biesiadujące towarzystwo przy stole, odciągające chorego od zwracania uwagi na akt jedzenia, albo obecność lekarza budzącego zaufanie przy stole, wpływały bardzo korzystnie na spożycie obfitego obiadu, przed którym chory przedtem sam sobie pozostawiony wszelkiemi siłami się wzbraniał.

3. Spaczenie uczucia łaknienia.

Parorexia nervosa.

Chorzy doznają niepohamowanej chęci do spożywania ciał nie będących wcale pokarmami, np. do wapna, kredy, węgla, gliny, włosów, nici, gąbek, papieru, zboża, kaszy surowej i t. p. Zdarza się to albo w chorobach umysłowych, albo u kobiet podczas blednicy, hysteryi lub ciąży. Spaczonemu uczuciu łaknienia towarzyszy równocześnie albo żarłoczność albo brak łaknienia.

Jedni chorzy dopiero po zjedzeniu zwykłych potraw nawet w większej ilości, spożywają jeszcze z chciwością powyższe ciała (w chorobach umysłowych, w ciąży), inni znów wzbraniają się przed jedzeniem pokarmów właściwych, a napełniają żołądek bez wywołania najmniejszych dolegliwości najniestrawniejszemi rzeczami. Spaczenie uczucia łaknienia ustępuje po wywołującej je przyczynie np. po ustąpieniu blednicy, po ukończeniu ciąży. Pomimo to muszą być chorzy pilnowani, aby szkodliwych ciał nie zjadali, któreby mogły w przewodzie pokarmowym stale pozostać (włosy, gąbka, papier i t. p.) i dać powód do powstawania kamieni jelitowych lub żołądkowych (*Kooyker*).

Leczenie jest częściowo przyczynowe, działając przeciw chorobie wywołującej to zboczenie, częściowo symptomatyczne lecząc według poprzedzających ustępów zwiększone lub zmniejszone łaknienie, a ostatecznie psychiczne.

B. Nerwice ruchowe.

Neuroses gastricae motoriae.

Żołądek wykonywa typowe ruchy robaczkowe nawet po wyjęciu go z jamy brzusznej (Sch. Hofmeister), gdyż mieści w swych ścianach system komórek zwojowych. Najsilniejsze ruchy powstają w części odźwiernikowej, gdzie się też największa liczba tych komórek mieści. Przez działanie (podrażnienie) nerwów błędnych stają się ruchy żołądka silniejszymi i regularniejszymi (Regnard i Loye). Dno i część odźwiernikowa wykonywują dla siebie oddzielnie ruchy robaczkowe, które odchodzą i dochodzą tylko do zesznurowania oddzielającego obydwa odcinki żołądka. Stąd przyjdzie kiedyś do rozróżnienia zboczeń ruchowych części odźwiernikowej, które zdają się być ważniejszemi, od zboczeń ruchowych dna. W stanie napełnienia żołądka ruchy robaczkowe tegoż są częstszymi i wydatniejszymi, niż w stanie czczym, a wpust i odźwiernik są zawarte. W stanach patologicznych, polegających na zmianach w unerwieniu, może być czynność ruchowa żołądka w całości lub częściowo podniecоną, albo przeciwnie osłabioną lub wreszcie nieprawidłowo zmienioną. O tem możemy wnioskować z wyników dotychczasowych doświadczeń wykonanych na zwierzętach. Valentin, Schiff i Golz wywoływali ruchy żołądka przez drażnienie *pl. solaris*, Hłasko przez drażnienie wzgórków czworaczych, a Golz widział nawet odruchowe ruchy żołądka po drażnieniu skóry i jelit. Zastanowienie ruchów wymiotnych żołądka dostrzegali Greve i Rosen po przecięciu rdzenia, aż do 6-go kręgu piersiowego. Uwzględniając wreszcie, że dla wpustu i odźwiernika, dna, części wpustowej, a nawet odźwiernikowej z wielu miejsc ośrodków nerwowych, jak o tem niżej mowa będzie, mogą być wywołane ruchy zupełnie niezależnie od siebie, aczkolwiek przy prawidłowych warunkach musi istnieć zależność i zborność tych ruchów dla wykonania efektu motorycznego, łatwo pojąć, jaka rozmaitość zaburzeń w czynności ruchowej żołądka wydarzyć się i jak liczne przyczyny sprowadzić je mogą.

XXXII. Kurcz częściowy lub całkowity żołądka.

1. Kurcz wpustu (*Spasmus cardiae*).

Kurcz nerwowy wpustu przyjmują autorowie na tej podstawie, że przesuwając sondę przez wpust doznaje się niekiedy zwiększonego oporu (Meltzer), a O.

dostrzegał, że wtenczas do sondy wlana woda, do żołądka się nie dostaje. Za nieprawidłowym kurczem wpustu przemawia także istnienie przypadków bębnicy żołądka, w których gazy, pomimo rozprężenia żołądka, dolegliwości podmiotowych i usiłowań chorego do wywołania odbijań, do przełyku dostać się nie mogą. Zjawiska te mogą jednak powstać i przez silne skurcze samego przełyku. Przy istnieniu nadżerek lub owrzodzeń wpustu, kurcz tegoż jest wielce prawdopodobnym. Za możliwością istnienia chorobowego kurczu wpustu z przyczyn ośrodkowych przemawiają okoliczności, że Openchowski wykazał istnienie *nn. constrictores cardiae*, zaś Knauft i Hłasko dostrzegali kurczowe zwieranie się wpustu, które mogło być wywołane w doświadczeniach pierwszego przez drażnienie dolnej części rdzenia pacierzowego, a drugiego, wzgórków czworaczych.

2. Kurcz odźwiernika (*Spasmus pylori*).

Odźwiernik jest wprawdzie zwykle zamknięty i tylko od czasu do czasu dla przepuszczenia miazgi pokarmowej się otwiera. Wskutek miejscowego podrażnienia, jak przez zetknięcie się z ostrą miazgą pokarmową albo sokiem żołądkowym w razach istnienia nadżerek lub wrzodu w odźwierniku może zaciśnięcie tegoż trwać dłuższy czas. Stąd skurcz odźwiernika ma powstawać przy nadmiernem wydzielaniu kw. solnego (Km. R. Pf.) jako też we wrzodzie odźwiernika i prowadzić nawet do rozstrzeni, która po ustaniu kurczu może zniknąć jak to O. w jednym przypadku wrzodu odźwiernika dostrzegał. O ile samoistny kurcz nerwowy odźwiernika istnieje, nie da się dokładnie powiedzieć. Za możliwością jego istnienia jako samoistnej nerwicy przyrody ośrodkowej, przemawiają doświadczenia fizyologiczne, że zawarcie odźwiernika można wywołać przez drażnienie nerwu błędnego (O. Dobbert), albo dolnej części rdzenia (Dobbert), lub też niektórych miejsc w mózgu (*sulcus cruciatus*, *corpus quadrigeminum* A. Frantzen). Przypuszczają również (Lebert, Jolly), że w hysteryi i neurastenii istnieje kurcz odźwiernika, który sprawia, że gazy bądź to wytworzone z treści żołądkowej, bądź jako połknięte powietrze, z żołądka do jelit przedostać się nie mogą i sprawiają bębnicę żołądka (*pneumatosis gastrica*), co tylko wtenczas jest możliwem, jeżeli równocześnie istnieje kurcz wpustu. Bębnica żołądka występuje nawet w żołądku czczym. Sprawia ona często bardzo dokuczliwe dolegliwości przez ucisk żołądka na przeponę, płuca, serce, szczególniej wobec wad sercowych. Chorzy uskarżają się na prężenie i pulsacye w dołku podsercowym, bicie serca, utrudnienia oddechu (*asthma dyspepticum*), zawroty głowy, które to objawy po ustąpieniu odbijań się zmniejszają.

Leczenie bębnicy żołądka bywa rozmaite. Symptomatycznie można sprawić ulgę przez wypuszczenie gazów zapomocą sondy, albo przez mięsienie okolicy żołądka. Jeżeli przypuszczamy tło nerwowe bębnicy, to stosujemy galwanizowanie, zabiegi hydriatyczne, leczenie bromowe. Jeżeli przyczyna jest organiczna, t. j. fermentacya i niedowład mechaniczny żołądka (*dyspepsia flatulenta*), to postępujemy według sposobów leczniczych podanych w ustępie XVIII. 8.

3. Kurcz żołądka (*Gastrospasmus*).

Biorąc analogią z pokrewnych żołądkowi jelit, kurcz całego narządu jest możliwy, jednak trudno da się przedmiotowo stwierdzić. Chorzy pod nazwą

kurczu żołądka rozumieją zwykle uczucie bólu połączone ze zesznurowaniem w dołku podsercowym, tak że „kurcz żołądka“ jest właściwie albo ten sam objaw co gastralgia, albo kurczenie się żołądka całkowite lub częściowe, któremu towarzyszy stale uczucie bólu i jest prawdopodobnie nerwicą ruchowo-czuciową. To też i leczenie kurczu żołądka jest to same, co i gastralgii (p. ust. XXX).

XXXIII. Wzmożenie ruchów robaczkowych żołądka.

N i e p o k ó j r o b a c z k o w y ż o ł ą d k a (Km.).

Tormina ventriculi nervosa.

W okolicy żołądka są widoczne falowania postępujące od lewej strony ku prawej, lub przeciwnie, przyczem chory doznaje nieprzyjemnego lub bolesnego uczucia. Sch. i Glax dostrzegali obok robaczkowych ruchów postępowych, także peryodyczne przesznurowanie się żołądka, odpowiadające granicy między częścią odźwiernikową, a dnem żołądka. Przypadki wzmożonego ruchu robaczkowego żołądka, dotąd obserwowane (Cahn, Glax i t. d.) wykazywały istnienie rozstrzeni żołądka, dla której nie można było anatomicznej podstawy wykazać. Należy jednak co do rozpoznania tego objawu chorobowego mieć się na ostrożności, gdyż ruchy pętli jelit cienkich pokrywających niekiedy żołądek mogą ten objaw wywołać (L.). W przypadkach zaciśnięcia odźwiernika z następową rozstrzenią, dostrzegalne ruchy robaczkowe żołądka dają się często widzieć i można je łatwo wywołać przez nagłe wstrząśnienie powłok palcem lub przytknięcie zimnej szklanki do nich. Dziwną wydaje się ta okoliczność, że wzmożonemu ruchowi robaczkowemu żołądka towarzyszy zwykle zaparcie stolca.

W celu leczenia niepokoju robaczkowego żołądka używano: przepłókiwań, galwanizowania żołądka (p. ust. XXX); *natrium bromatum* 1—2 gm. (16—32 gn.) *p. d.*, *extractum belladonae* 0,02—0,03 ($^1/_3$—$^1/_2$ gn.) *p. d.*, zabiegów hydriatycznych w łagodny sposób stosowanych, a miejscowo natrysków szkockich.

Zboczenia wywołane wskutek ruchów przeciwrobaczkowych żołądka i przełyku.

Są to zboczenia bardzo częste występujące pod rozmaitymi objawami, jako odbijania, zwracanie, przeżuwanie, wymioty.

XXXIV. Odbijanie nerwowe. *Eructatio nervosa.*

a. O d b i j a n i e p r z e ł y k o w e. *Eructatio oesophagea.*

Przełyk u człowieka przedstawia według badań Cybulskiego i Mikulicza rurę zostającą stale wewnątrz otwartą a p o w i e t r z e m w y p e ł n i o n ą. Powietrze do niego dostaje się wskutek ruchów połykowych. Wiele też osób może przez stosowne ruchy połykowe nietylko przełyk ale i żołądek napełnić powietrzem. Po takiem napełnieniu występują odruchy w postaci odbijań, a nawet czkawka i wymioty. Przeważna część odbijań niemających ani woni a n i s m a k u, tak zwanych p u s t y c h, a powstających wobec żołądka czczego i zupełnie skurczonego, zawdzięcza swój początek pobudliwości odruchowej połyku i przełyku, wskutek czego powietrze stamtąd zostaje nagle wydalone, a nowa ilość aspirowana. Tego rodzaju odbijania zdarzają się bądź to

samoistnie, bądź w przebiegu hysteryi i neurastenii. Dowodzą one wielkiej pobudliwości odruchowej, gdyż mogą być nawet od obwodu wywołane. Dwa przypadki tego rodzaju, podobnych pod pewnym względem do opisanych przez Piotra Franka jakoteż Rudolphi'ego zauważyłem między moimi pacyentami (p. str. 65).

b. O d b i j a n i e ż o ł ą d k o w e. *Eructatio gastrica.*

Jeżeli żołądek jest wypełniony gazami, to powstają albo objawy bębnicy żołądka, jeżeli z niego gazy wydostać się nie mogą, albo odbijania. Połknięcie powietrza samego lub z pokarmami (Kretschy) stanowi najczęstszą przyczynę nerwowego odbijania żołądkowego. Do wystąpienia jego potrzeba powstania ruchu przeciwrobaczkowego nietylko żołądka, ale i przełyku, który kurcząc się otwiera wpust, przez co gazy z żołądka się wydostają. Wielu autorów (Stiller, Rth. P. Glax) przyjmują za przyczynę odbijań zwiększenie ruchów żołądka, a osłabienie wpustu. Jednak na podstawie doświadczeń Frantzena, który przez drażnienie *sulcus cruciatus* był w stanie wywoływać otwieranie się wpustu, a równoczesne zamykanie się odźwiernika, można przypuścić, że w większej części odbijań nerwowych, szczególniej czczych, pojawia się przez działanie ośrodków nerwowych za pośrednictwem *n. dilatator cardiae,* wykrytego przez Openchowskiego, r o z l u ź n i e n i e w p u s t u przy równoczesnem zaciśnięciu kurczowem odźwiernika. Jeżeli jeszcze istnieją wzmożone ruchy przeciwrobaczkowe, a w żołądku znajduje się treść kwaśna, jak to ma miejsce nawet w żołądku czczym w przypadkach sokotoku żołądkowego, to powstaje u c z u c i e z g a g i (*pyrosis*) (Rm.).

Odbijanie przy wydętym żołądku przemawia za odbijaniem żołądkowem, a jeżeli przy odbijaniach na c z c z o gazy mają woń lub smak, to prawdopodobnie nie są one powietrzem połkniętem, ale wytworzyły się z miazgi pokarmowej albo dostały się z jelit do żołądka. U 21-letniego żołnierza, który skarżył się na odbijanie, wzdęcie i ciśnienie w żołądku, tak przy badaniu żołądka czczego, jakoteż po użyciu pokarmów, wydobywałem treść, która nie przedstawiała ani fermentacyi, ani żadnych mikro-organizmów fermentacyjnych przy znacznej kwasocie pochodzącej tylko od wolnego kw. solnego, a pomimo to wydawała silną woń kw. siarkowodowego, który tylko z jelit do żołądka mógł się dostać. Odbijanie jest dla chorego objawem nieprzyjemnym, jednak w przypadkach bębnicy żołądka pożądanym, tak że sami chorzy silą się, aby one wystąpiły.

L e c z e n i e o d b i j a ń jest częściowo psychiczne; poleca się chorym, aby się powstrzymywali tak od połykania powietrza, jakoteż przytłumiali połykowe ruchy zwrotne. Symptomatycznie używa się zimnej wody, lodu, nawet wody sodowej, po której występują kilkakrotne odbijania, a potem ulga. Widziałem jednak u ludzi zupełnie zdrowych, po wodzie sodowej, która oprócz kw. węglowego zawierała w znacznej części powietrze atmosferyczne, występowanie dokuczliwej bębnicy żołądka z utrudnieniem odbijania. Stosuje się jeszcze dla stłumienia odbijań środki alkaliczne, w przypuszczeniu, że przyczyną odbijań może być nadmierna kwaśność treści żołądkowej, a mianowicie: *magnesia usta,*

aq. calcis, *carbo ligni depuratus* (1,0=16 gn. p. d.) w proszku lub w sucharkach, w przypuszczeniu, że węgiel pochłonie gazy. W celu trwałego usunięcia odbijań nerwowych bywają stosowane z rozmaitym skutkiem: Przetwory zawierające atropinę i brom, osobno lub razem podawane, jakoteż galwanizowanie. Glax poleca wilgotne opaski i natryski na okolicę żołądka jakoteż faradyzowanie mięśni brzusznych.

XXXV. Zwracanie pokarmów *(Eugen Poensgen).*

(*Regurgitatio nervosa*).

Po spożyciu pokarmów, szczególniej płynów, bywa część tychże zwracaną do jamy ustnej i na zewnątrz wydaloną, a pacyenci podają, że wymiotują. Chorzy tacy zazwyczaj nie chudną znacznie, jak to ma miejsce we właściwych wymiotach, gdyż przeważna część pokarmów w żołądku się zatrzymuje. Częściowe zwracanie pokarmów zdaje się polegać na tym samym mechanizmie, co i odbijania żołądkowe, t. j. na przeciwrobaczkowych ruchach przełyku i rozluźnieniu wpustu. Zwracanie napotykałem bardzo często u niezamężnych izraelitek. Często towarzyszącym objawem bywa czkawka (*singultus*). Innych objawów podmiotowych lub przedmiotowych zazwyczaj nie dostrzegałem. Zwracanie pokarmów napotykamy także w organicznych zmianach przełyku, a mianowicie w zaciśnięciach i uchyłkach tegoż.

Leczenie jest to samo, co i odbijań żołądka. U jednych pomagają krople z *tinct. belladonae* i kokainy, lub penzlowanie połyku 5% roztworem kokainy przed jedzeniem, u innych psychiczny wpływ przez sondowanie i przepłókiwanie, do czego trzeba użyć grubszych sond, u innych jeszcze mocno ogrzane napoje np. herbata, małe dawki koniaku lub silnego wina, u niektórych wreszcie galwanizowanie żołądka albo nerwu współczulnego i błędnego w części szyjnej. W uporczywych przypadkach ustępowały zwracania po przebyciu leczenia w zdrojach żelezistych (Krynicy, Żegiestowie, Franzensbadzie). Jeżeli pobyt w zdrojach żelezistych nie jest możliwy, to należy próbować przetworów żelezistych, jak wody sztucznej żelezistej z fabryki Rzący i Chmurskiego w Krakowie po dwie szklanki dziennie, *ferrum albuminatum Drees* po 3 łyżeczki dziennie, albo trzy razy dziennie po jednej łyżeczce kawowej z mięszaniny: *liquor ferri sesquichlorati* 3,0 (48 gn.), wody zwyczajnej pół szklanki z dodatkiem jednego białka jaja kurzego dobrze ubitego. Jak wogólności we wszystkich nerwicach żołądka można użyć i tu przetworów arsenu np. w mięszaninie następującej: *Ac. arsenicosi* 0,03 = $^1/_2$ gn., *chinini muriat.* 2,0 (32 gn.) *M. f. p.* Nr. XII *DS.* trzy proszki dziennie w godzinę po jedzeniu użyć. Co do jadła, to polecamy jadać w małej ilości, a często, płynów zaś jak najmniej używać.

XXXVI. Przeżuwanie (*Ruminatio*, *merycismus*).

Dotyczące osoby zwykle mają bardzo dobre łaknienie, jedzą wiele i szybko. Lecz w kilkanaście minut do kilku godzin, pokarmy podchodzą do jamy ustnej, i zostają z lepszym jeszcze smakiem, niż za pierwszym razem powtórnie przeżuwane. Wobec tego zboczenia spostrzegano istnienie rozstrzeni

żołądka, w najnowszym przypadku Alta nadmierną kwaśność, która daje powód do pozostawania pokarmów w żołądku przez dłuższy czas, i wytworzenia ruchów przeciwrobaczkowych żołądka, a w następstwie przełyku. Przeważna część autorów upatruje przyczynę tego zboczenia w porażeniu wpustu. Przeżuwanie u ludzi nie jest częstem zjawiskiem, rozpoczyna się ono w wieku dziecięcym, może być i przez naśladownictwo nabyte (Rossier) a trwa całe życie. Przeżuwający mają się przy tem dobrze i żyją do późnej starości. Pacyent, którego ja miałem sposobność obserwować, liczył lat 27, wyglądał bardzo dobrze i zaczął przeżuwać w dzieciństwie bez wiadomego mu powodu.

L e c z e n i e p r z e ż u w a n i a nie wykazuje dotąd świetnych wyników. Siłą woli są chorzy w stanie odżuwanie powstrzymać, czują się jednak po takiem stłumieniu niedobrze. Najnowszy przypadek zbadany dokładniej przez Alta wykazywał rozstrzeń (na $2^1/_2$ palca poniżej pępka) i nadmierną kwaśność podczas trawienia pochodzącą od kw. solnego (3,45 p. m. HCl.). Wyleczenie zostało osiągnięte przez kilkurazowe przepłókanie żołądka, podawanie soli karlsbadzkiej naczczo, a sody po jedzeniu w czasie, kiedy uczucie głodu występowało; równocześnie faradyzowano kilkakrotnie, wprowadzając katodę do przełyku. Zasługuje na uwagę w tym przypadku ta okoliczność, że nadmierna kwaśność podczas trawienia pojawiała się wtenczas, kiedy chory wstrzymywał się od przeżuwania, zaś nie było jej, jeżeli choremu dozwolono obiad przeżuwać, t. j. miazgę pokarmową ze znaczną ilością śliny zmięszać.

XXXVII. Wymioty nerwowe. *Vomitus nervosus.*

1. Wymioty są aktem dość złożonym, polegającym na zbornem działaniu kilku mechanicznych czynników ułatwiających przedostanie się pokarmów z żołądka przez jamę ustną na zewnątrz. Ruchy przeciwrobaczkowe samego żołądka nie są w stanie same przez się uskutecznić aktu wymiotnego, potrzeba jeszcze zamknięcia odźwiernika i wstecznych kurczowych ruchów przełyku, przyczem wpust się otwiera. Schiff dostrzegał jeszcze przed wystąpieniem wymiotów podczas nudności wyraźne rozwieranie się wpustu, a A. Frantzen oprócz rozwierania się wpustu, równoczesne rozszerzanie się części wpustowej i dna żołądka, podczas gdy część odźwiernikowa i odźwiernik się zaciskały, tak, że żołądek podczas wymiotów przybierał p o s t a ć g r u s z k i, której szypułkę tworzył odźwiernik. Nadto ruchy wymiotne rozpoczynały się ruchami przeciwrobaczkowymi jelit i dwunastnicy, które jeżeli były równoczesne z chwilą otwierania się odźwiernika, wprowadzały żółć do żołądka. Równocześnie podczas wymiotów przepona się obniża i wraz z mięśniami brzusznymi, jako tłocznia brzuszna, uciska na trzewia, a względnie na żołądek; następnie zostaje krtań przez głośnie zaciśniętą, a przez nagłośnią nakrytą, przyczem dno języka się obniża, a tułów ku przodowi pochyla, co wszystko razem w wysokim stopniu ułatwia wyrzucenie treści żołądkowej na zewnątrz. Jednak i działanie pojedyńczych czynników, jak skurczu przełyku, lub tłoczni brzusznej może przy współudziale samego wpustu przyprowadzić wymioty do skutku (Tantini). Czynnością wymiotną kieruje ośrodek wymiotny, znajdujący się, według doświadczeń fizyologicznych Openchowskiego, we wzgórkach czworaczych, gdyż

po zniszczeniu ich wymioty nie pojawiają się. Według innych autorów, jest jego umiejscowienie się w rdzeniu przedłużonym, a według Rth. w tylnej części jądra nerwu błędnego, skąd podrażnienie dla wywołania ruchów zbornych przenosi się na jądra nerwu dodatkowego Willisa, zostającego w połączeniu zapomocą włókien nerwowych z nerwem przeponowym. Zmiany przebiegające w powyższych okolicach ośrodków nerwowych są w stanie według tego, czy trafiają włókna ruchowe, czy też czuciowe, czyli też obydwa razem, wywołać wymioty albo gastralgie lub też obydwa objawy razem. Zdarza się też bardzo często, że wymioty poprzedza nerwoból żołądka, który może mieć znów swój początek w nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego (p. XXXIX). Przypuszczając powyższy sposób pochodzenia wymiotów nerwowych musimy je nazwać mózgowemi a względnie rdzeniowemi, a jako takie napotykamy je najczęściej jako objaw częściowy choroby, która w tych ośrodkach nerwowych zmiany wywierać może (*sclerosis disseminata*, *tabes* i t. p.), dla tego o tych wymiotach w osobnym ustępie mowa będzie.

2. *a*. Jako samoistne wymioty ośrodkowe można uważać te, które występują u młodzieży szkolnej przeciążonej pracą umysłową, albo w przebiegu małokrwistości lub bladnicy, przyczem mogą występować równocześnie napady nerwobólu żołądka, ostatecznie te wymioty, które występują wskutek wzruszeń umysłowych, przestrachu i t. d. Leczenie dotyczy choroby ogólnej lub usunięcia momentu przyczynowego i podane jest w ustępie XXX o gastralgii.

b. Wymioty w przebiegu choroby morskiej bywają również uważane jako przyrody ośrodkowej, gdyż ich bezpośrednią przyczyną jest wytwarzająca się małokrwistość mózgu i rdzenia przedłużonego (Rth.).

c. Jeszcze zaliczyć można do wymiotów ośrodkowych te, które występują po zatruciach ostrych lub przewłocznych nikotyną (przez palenie tytoniu), przetworami makowca, winianem antymonailowo-potasowym, na które to okoliczności lekarz przy tak częstem nadużywaniu tych środków przez publiczność uwagę zwrócić powinien.

d. W przebiegu hysteryi i neurastenii przedstawiają wymioty w połączeniu z innemi nieprawidłowościami gastrycznemi charakterystyczny obraz częściowy tych chorób. Są one według twierdzenia wielu autorów objawem odruchowym, podczas gdy Rth. uważa je jako ośrodkowe. O tych wymiotach będzie mowa w innym ustępie.

3. W przeważnej części przypadków są wymioty, jeżeli nie polegają na zmianach organicznych żołądka (wrzodzie, raku, nieżycie), objawem zwrotnym. Musimy tu jednak rozróżnić, czy mamy do czynienia z wymiotami przełykowemi czy żołądkowemi. Pierwsze polegają li tylko na zwrotnych kurczach połyku i przełyku, które jeżeli są znacznego nasilenia, mogą wprawić cały mechanizm wymiotny w czynność, przez co i treść żołądkowa zostaje wyrzuconą. Jako oznaki wymiotów przełykowych, które można uważać jako wyższy stopień zwracania nerwowego (p. ust. XXXV), należy uważać następujące: *a)* Występują one wśród lub niedługo po użyciu pokarmów. *b)* U tego samego chorego bywa raz tylko mała część

pokarmów wymiotowaną (zwracaną), drugi raz cała ilość, niewywołując w żadnym przypadku j a k i c h k o l w i e k b ó l ó w. Mam np. w leczeniu pacyentkę małokrwistą w okresie ustawania regularności, która, jak twierdzi, przed 9 laty po stracie córki dostała wymiotów, które w odstępach kilku miesięcznych jeszcze dotąd się powtarzają, zawierając całą ilość pokarmów spożytych. Co kilka dni zaś zwraca chora prawie bez żadnych dolegliwości 2—3 łyżki płynu białawego mętnawego, niezawierającego pokarmów, którego pochodzenia na podstawie badania mikroskopowego i chemicznego nie można odnieść do żołądka, ale do jamy ustnej. *c*) Chorzy przy połykaniu doznają uczucia dławienia, a kęs przez przełyk z pewnym rodzajem uczucia ściskania przechodzi. *d*) S k u t k i l e c z e n i a potwierdzają charakter wymiotów przełykowych. W niektórych przypadkach ustępują wymioty przełykowe, jakby odjęte różczką czarodziejską, po jednorazowem, w innych przypadkach po kilkakrotnem dopiero sondowaniu o ile możności najgrubszą sondą. Przyczyną tego nagłego zwrotu jest bądź działanie psychiczne, bądź też wywołane stępienie wrażliwości ścian przełyku. W wielu znów przypadkach ustępują wymioty, jeżeli się karmi chorych zapomocą sondy wsuniętej tylko do górnej części przełyku. W innych znów przypadkach mogą chorzy jeść bez wymiotowania po zapenzlowaniu dna języka i połyku za pomocą 5—10$^0/_0$ roztworu kokainy, u chorych znów zbyt wrażliwych trzeba penzlowanie kokainą połączyć z karmieniem przez sondę.

Właściwe w y m i o t y ż o ł ą d k o w e o d r u c h o w e przedstawiają raz mniej, drugi raz więcej wybitne właściwości, które je od przełykowych mogą odróżnić: *a*) Występują one nie natychmiast po jedzeniu ale nieco później. *b*) Są one zazwyczaj obfite, gdyż cała ilość spożytego pokarmu zostaje wyrzuconą. *c*) W większej części przypadków poprzedzają wymioty zboczenia czuciowe, najczęściej nerwobóle żołądkowe, które bardzo często długi czas samoistnie trwają, nim pojawi się okres wymiotów nerwowych; mamy więc nerwicę złożoną czuciowo-ruchową, a czasem i więcej powikłaną, bo wydzielniczo-czuciowo-ruchową (p. ust. XXXIX), wymioty jako czysta nerwica ruchowa przebiegają bez bólów. *d*) Leczenie stosowane przeciw wymiotom połykowym tu nie odnosi skutku, natomiast działają w niektórych przypadkach skutecznie przepłókiwania żołądka wodą letnią, albo letnim 1$^0/_0$ roztworem sody, lub wodą chloroformową dziesięciokrotnie rozcieńczoną; lecz jeżeli po 3—4 razowych przepłókiwaniach poprawy niema, dalsze płókania są bezskuteczne.

P r z y c z y n y w y w o ł u j ą c e w y m i o t y z w r o t n e bywają najrozmaitsze, najczęściej są one te same, co i nerwobólów (p. ust. XXX) Oprócz tam wymienionych mogą jeszcze następujące okoliczności sprowadzić wymioty: *a*) Nerwice żołądka tak czuciowe, jak i wydzielnicze (przeczulica, gastralgia, nadmierne wydzielanie kw. żołądkowego, napadowe wymioty Leydena i t. d.) mogą przebiegać z zadrażnieniem ośrodka wymiotnego i sprowadzić obfite wymioty, jeżeli żołądek przez wprowadzenie pokarmów bywa do czynności pobudzony. Podobnie mogą nerwice przełyku i połyku stać się przyczyną wymiotów. Wymioty na tego rodzaju podstawach napotyka się często u starszych dziewcząt lub kobiet, bądź to jako samoistne zboczenie chorobowe, bądź jako początkowe objawy hysteryi, albo już w towarzystwie z innymi objawami

hysterycznymi. W praktyce niełatwo przychodzi rozróżnić, z którego rodzaju wymiotami ma się do czynienia. Często dostrzega się u tego rodzaju chorych od czasu do czasu występującą czkawkę (*singultus*). Jakość potraw wpływa bardzo na wystąpienie wymiotów, jednak zależy to od indywidualności. U jednych chorych wywołuje każdy pokarm odruchy wymiotne, u innych tylko pewne potrawy, niezależnie jednak od ich strawności i pożywności. Podczas gdy np. u jednego chorego powstają ruchy wymiotne po użyciu mleka, a po zjedzeniu razowego chleba ich niema, to zupełnie przeciwnie ma się rzecz u drugiego chorego.

β) Wielokrotnie występują wymioty jako objaw zwrotny cierpień w odległych narządach wskutek zadrażnienia rozgałęzień nerwu współczulnego i mogą lekarza wprowadzić w błąd dyagnostyczny. Mianowicie zdarzają się wymioty zwrotne w przebiegu zaparcia stolca z powodu nagromadzenia kału w jelitach, w chorobach nowotworowych otrzewnej, podczas przerzynania się kamieni żółciowych i nerkowych przez przewody, co w pierwszej chwili rozpoznanie właściwej choroby w wysokim stopniu utrudnia. Choroby innych trzewiów jak trzustki, nerek np. nerki ruchomej sprowadzają wymioty o wiele rzadziej. Jeszcze spostrzegano wymioty jako odruch pochodzący od zboczeń w narządzie oddechowym, jak np. w przeroście i nowotworach błony śluzowej jamy nosowej, w zmianach w krtani, szczególniej w tylnej jej ścianie, przy obecności ciał obcych w krtani, wskutek kaszlu wywołanego w krztuścu, w zapaleniu tchawicy, w zapaleniu zrazikowem płuc u dzieci. W celu leczenia wymiotów wywołanych zmianami w jamach nosowych okazało się według B. Fränkla skutecznem penzlowanie tychże roztworem kokainy. Dostrzegano znów przeciwnie, że w niektórych rzadkich przypadkach (Bull) wywoływały zmiany w żołądku zwrotne zboczenie w formie tak zwanego kaszlu żołądkowego.

γ) Podobnie, jak nerwobóle żołądka mogą i wymioty wystąpić odruchowo wskutek zmian w częściach rodnych kobiecych, co się zdarza w przypadkach: *oophoritis, parametritis chronica atrophicans, endometritis, ante- et retroflexio uteri, descensus et prolapsus uteri*, w polipach i nowotworach macicy, a nawet przy zwykłych nadżerkach części pochwowej (Heitzmann). Jednak niezależnie od tych zboczeń mogą przebiegać wymioty nerwowe, gdyż zdarza się bardzo często, że pomimo ustąpienia zmian chorobowych w częściach rodnych wymioty nie ustępują, czyli że podstawy dla nich gdzieindziej mamy szukać.

Ważnemi są wymioty u ciężarnych (*vomitus gravidarum*), gdyż mogą doprowadzić do zupełnego zagłodzenia, a niektórzy autorowie podają nawet 40% śmiertelności z tego powodu. Wymioty występują albo zaraz z początku, albo w późniejszych miesiącach ciąży, nigdy zaś przy końcu. Od nieznacznych przypadłości gastrycznych począwszy, przychodzi do wymiotów, i to z biegiem czasu coraz częstszych i gwałtowniejszych, tak że ostatecznie niczem powstrzymać się one nie dadzą (*hyperemesis gravidarum*), a przyjmowanie pokarmów staje się niemożebnem.

Leczenie wymiotów zwrotnych jest w pierwszym rzędzie przyczynowe, stosowane do zajętych narządów. Symptomatycznie postępuje się

jak w nerwobólach żołądka (p. str. 77). Stosuje się przetwory bromowe, zabiegi wodolecznicze, galwanizowanie żołądka według Ziemssena, jakoteż galwanizowanie nerwu współczulnego i błędnego w części szyjnej, sondowanie jak przy zwracaniu stosowane (ust. XXXV), wzmocnienie układu nerwowego przez wypoczynek w górskiem powietrzu, w kąpielach morskich lub żelezistych. Dostrzegałem wielokrotnie ustąpienia wymiotów nerwowych u Izraelitek po stosowaniu mocno gorącej wody karlsbadzkiej w małych dawkach wprost ze źródła zaczerpniętych, a nigdy nie zdarzyło mi się jeszcze widzieć przypadku, w którym by tego rodzaju chore wodę przy źródle wymiotowały. Jeżeli się nie jest pewnym tła (czy organiczne, czy nerwowe) zboczenia czynnościowego żołądka, a zamierza się chorego posyłać do wód, to jeszcze najracyonalniej będzie posłać go albo do Karlsbadu, albo do Franzensbadu, gdyż wobec małej odległości tych miejsc od siebie, może lekarz kąpielowy w razie bezskuteczności leczenia w jednem miejscu zdrojowem odesłać chorego do drugiego, bez wielkiej straty w wydatkach i czasie. Uśmierzająco na wymioty działają jeszcze inne środki uspokajające i znieczulające podane w ust. XXX: *codeinum muriat.* po pół cgma ($^1/_{12}$ gn.) w czopkach, dwa razy dziennie; *pilocarpinum* po 2 mgmy ($^1/_{30}$ gn.) podskórnie, dwa razy dziennie, mianowicie, jeżeli towarzyszy wymiotom czkawka (Rth.), E. zaś przypuszcza, że zamiast tych wstrzykiwań byłoby stosownem użyć $^3/_{10}$ mgm. ($^1/_{20}$ gn.) *physostigminum* podskórnie jako środka porażającego ośrodki nerwowe; *extractum opii* podskórnie (p. ust. XXXI. 1). Zalecane bywają jeszcze następujące leki, jako powstrzymujące wymioty: *chloralum hydratum* po 1,0 (16 gn.) na dawkę, po 5 kropel chloroformu na kawałek lodu; *chininum bromatum* po 0,25 (4 gn.) na dawkę, *nitroglicerinum* (Talma) po $^1/_2$ mgm. ($^1/_{120}$ gn.) na dawkę w tabliczkach Mutniańskiego w Warszawie, a Bełdowskiego i Kowalskiego w Krakowie; *tinctura nucis vomicae* po 2 krople 5—6 razy dziennie; *coffeinum valerianicum* lub *coffeinum natro-salicylicum* po 0,1 ($1^3/_5$ gn.) trzy razy dziennie; *cerinum oxydulatum oxalicum* po 0,2 ($3^1/_5$ gn.), trzy razy dziennie; przyrząd chłodzący Chapmana lub Leitera na kręgosłup. W chorobie morskiej skutkuje według Manasseina kokaina stosowana przed wybuchem choroby. W wymiotach ciężarnych spostrzegano dodatni skutek po przetworach bromowych, makowcowych, po karmieniu przez sondę, po przepłókiwaniach żołądka (Rth.), a gdy te nie pomagają, musi się lekarz uciec do rozszerzenia szyjki macicznej palcem według Copemana, a ostatecznie do wzniecenia sztucznego porodu. Co do dyety w wymiotach nerwowych, to osobnej się nie przepisuje, gdyż prawie nigdy nie potrafi się dobrać takich potraw, któreby wymiotów nie sprowadzały, lecz pozostawia się choremu samemu ich wybór. Nadmienić jednak wypada, że po użyciu silnych napojów wyskokowych jak koniaku, wódek naczczo jakoteż wśród dnia, wymioty nerwowe na pewien czas zwykły ustępować.

XXXVIII. Nerwice polegające na osłabieniu ruchów żołądka.

1. Niedomykalność wpustu. *Incontinentia cardiae.* Wpust w stanie prawidłowym jest u człowieka zamknięty (Cybulski i Mikulicz). Rozluźnienie wpustu należy, na podstawie doświadczeń fizyologicznych Openchowskiego,

przyjąć albo jako powstałe przez porażenie *nn. constrictores cardiae*, albo przez podrażnienie gałązki nerwowej, zwanej *n. dilatator cardiae*. Aczkolwiek tych ewentualności niepodobna klinicyście rozstrzygnąć, to należy mieć na uwadze tę okoliczność, że według doświadczeń fizyologicznych Hłaski, Knauta i Frantzena, można wpłynąć od ośrodków nerwowych na otwarcie wpustu. Ci autorowie dostrzegali rozluźnienie wpustu przez podrażnienie miejsca łączącego *nucleus caudatus* z *nucleus lentiformis* (Hłasko), albo *sulcus cruciatus* (Frantzen), a nawet w górnej części rdzenia (Knaut). Zajęcie chorobowe pewnych ośrodków, może przeto sprowadzić niedomykalność wpustu, a w następstwie odbijania nerwowe, których istnienie tem więcej jest prawdopodobnem, że np. podczas rozwierania się wpustu wskutek drażnienia *sulcus cruciatus* dostrzegał Frantzen równoczesne zaciskanie się odźwiernika. Otwieranie się wpustu na dłuższy czas przed pojawieniem się wymiotów t. j. w okresie nudności dostrzegali Schiff i Frantzen. I prawdopodobnie należy przypuścić, że trapiącemu uczuciu nudności towarzyszy stale niedomykalność wpustu, gdyż chorzy doznają przy tem uczucia zbierania się na wymioty (p. str. 73).

2. N i e d o m y k a l n o ś ć o d ź w i e r n i k a. *Incontinentia pylori*. Odźwiernik przy napełnionym żołądku jest zamknięty i tylko od czasu do czasu się otwiera. W próżnym żołądku zaciśnięcie jest słabe, albo, jak niektórzy autorowie twierdzą, bywa odźwiernik nawet otwarty (P.). Drażnienie nerwu błędnego wywołuje skurcz odźwiernika, a drażnienie nerwów trzewiowych (*nn. splanchnici*) otwieranie się tegoż (O.). Na rozluźnienie odźwiernika, niezależnie od innych części żołądka można również wpłynąć z ośrodków nerwowych. Frantzen zauważył ten wpływ drażniąc miejsce połączenia *nucleus caudatus* z *nucleus lentiformis*, przyczem równocześnie i rozluźnienie wpustu następowało, dalej przez drażnienie rdzenia przedłużonego, podczas gdy Dobbert jeszcze dawniej dostrzegał wpływ górnej części rdzenia pacierzowego na rozwieranie się odźwiernika. Niedomykalność odźwiernika jako samoistne zboczenie nerwowe jest przeto możliwe. Zmniejszenie kurczliwości odźwiernika (Louis de Seré) ma stanowić według Ebsteina zboczenie, wskutek którego żołądka gazem wypełnić nie można, gdyż tenże przechodzi zaraz do jelit. Na tej podstawie ma powstawać bębnica ogólna u hysteryczek, że połknięte powietrze przechodzi u nich do jelit. Lecz może się mieć rzecz przeciwnie, że gazy z jelit mogą przechodzić do żołądka, i sprawiać odbijania cuchnące, jak to miałem sposobność dostrzegać w dwóch przypadkach odbijań cuchnących u młodych mężczyzn. W żołądku czczym zupełnie wolnym od pokarmów, można było po wlaniu wody przekroplonej wyciągnąć treść kwaśną od kw. solnego, woni silnej kw. siarkowodowego. W ten sam sposób może się i treść z jelit dostawać do żołądka, jak to nierzadko zdarza się, że u tej samej osoby wyciąga się trwale treść żołądkową żółcią zabarwioną. Czy to przechodzenie pokarmów i żółci z dwunastnicy do żołądka wskazuje niedomykalność odźwiernika i jest przyczyną przypadłości gastrycznych, zwanych przez autorów francuskich *dyspepsia iliaca* (Sée), na podstawie dotychczasowych obserwacyi trudno rozstrzygnąć. Objawy niedomykalności odźwiernika mogą pochodzić z osłabienia samego mięśnia, gdyż przy gromadzeniu się gazu wywierającego ucisk na

jakikolwiek zwieracz np. *sphincter ani*, tenże po krótszym lub dłuższym czasie napięcie utraca i dla gazu staje się drożnym. Z drugiej strony badałem chorą we dwa miesiące po resekcyi odźwiernika i części odźwiernikowej, wykonanej przez prof. Obalińskiego z powodu nowotworu rakowego i znalazłem przy wprowadzaniu gazu do żołądka, że tenże się w nim zatrzymywał i do jelit nie przechodził, pomimo że nie było odźwiernika. Zasługuje ten przypadek jeszcze na uwagę, że pomimo usunięcia nowotworu upośledzenie wydalania i zupełny brak kw. solnego się stale utrzymywał. Niedomykalność odźwiernika może istnieć na tle zmian organicznych w odźwierniku wskutek zgrubienia ścian zajętych nowotworem lub bliznami po wrzodach.

3. Niedowład żołądka, *Atonia ventriculi*, bywa pospolicie uważany jako zboczenie polegające na tle nerwowem. Znaczy to tyle, że mamy do czynienia z parezą albo paralizą całego narządu. Tego rodzaju tłumaczenie jest wielce nieprawdopodobnem, raz że przy wystąpieniu parezy albo paralizy jakiegoś narządu istnieją zmiany w dotyczących nerwach ruchowych, niedające się zwykle usunąć, czego przy atonii żołądka nikt dotąd nie wykazał, a nadto to zboczenie nigdy nie przechodzi w zupełne porażenie narządu i nie pociąga za sobą żadnych organicznych zmian nerwowych. Natomiast etyologia niedowładu żołądka (małokrwistość, złe odżywienie, wyniszczające choroby, mechaniczne rozciąganie żołądka nadmiarem płynów i t. p.) przemawia tylko za złem odżywieniem narządu lub osłabieniem błony mięsnej wskutek nadmiernej pracy, mającem analogią z osłabieniem mięśnia sercowego i rozszerzeniem odśrodkowem komórek tego narządu, które to sprawy nic z unerwieniem do czynienia nie mają. Stąd też umieściłem niedowład żołądka jako chorobę organiczną w ustępie XVII. Może jednak wystąpić chwilowy niedowład mechaniczny żołądka pod wpływem nagłych wrażeń psychicznych, wielkiego przestrachu, smutku, pośpiesznej pracy umysłowej. Lecz tu nietylko czynność żołądka, ale i innych narządów bywa częściowo lub całkowicie zawieszoną. Léven znalazł np. u psów szczwanych pokarmy zalegające w żołądku nawet po kilkunastu godzinach w stanie niezmienionym. Na podstawie spostrzeżeń fizyologicznych Openchowskiego, że po zniszczeniu wzgórków czworaczych, lub wywołaniu ostrej małokrwistości, żołądek nie może wykonywać ruchów wymiotnych, nie można jeszcze przypuścić trwałej atonii nerwowej żołądka.

Co do leczenia niedowładu żołądka, o czem na str. 36 była mowa, to przyjmując podstawę nerwową zboczenia, najstosowniejszem okazywałoby się stosowanie prądu przerywanego sposobem Ziemssena (p. str. 78), a jeżeli istnieje równocześnie zaparcie stolca, to według Rth. kładzie się katodę do odbytnicy a szeroką anodę na okolicę żołądka. Do elektryzowania żołądka należy używać prądów silnych, aby przez powłoki brzuszne wywołać skurcze żołądka. Zabiegi wodolecznicze stosuje się również według wskazówek w ustępie XXX. 3. podanych, nadto należy używać zimnych natrysków na okolicę żołądka, najskuteczniej jako natrysk szkocki, polegający na tem, że co 20 sekund wpuszcza się na okolicę żołądka naprzemian strumień wody grubości palca o 12^0 i 30^0 R.

C. Nerwice wydzielnicze.

Neuroses secretoriae.

Wydzielanie soku żołądkowego odbywa się pod wpływem podniet. Dotknięcie prawidłowej błony śluzowej chorągiewką od pióra, wprowadzoną sondą, lub innym przedmiotem nie będącym pokarmem, sprawia wydzielanie soku żołądkowego, ale ograniczone do miejsca dotknięcia. Wprowadzając zaś kawałek pokarmu np. białka do żołądka rozpoczyna się w krótkim czasie wydzielanie soku żołądkowego na całej przestrzeni błony śluzowej żołądka, począwszy od miejsca zetknięcia tak, że mała ilość wprowadzonego pokarmu może wytworzyć znaczne ilości soku żołądkowego. Pobudzenie całej błony śluzowej żołądka do wydzielania przez zadraźnienie miejscowe bywa w ten sposób tłómaczone, że następuje wessanie wytworów trawienia, wskutek czego powstaje podnieta do czynności wydzielniczej gruczołu. Z wydzielaniem soku żołądkowego idzie w parze większy dopływ krwi do błony śluzowej, przez co ona się zaczerwienia, a fałdy jej zwłaszcza w części odźwiernikowej stają się napięte i wzniesione, tak że mogą się nawet stać przeszkodą przedostawania treści z żołądka do jelit (Pfungen). Dotąd nie udało się jeszcze przez doświadczenia na zwierzętach wykazać wpływu nerwu błędnego na wydzielanie. Tylko jedno doświadczenie wykonane na człowieku w 45 minut po ścięciu wykazało, że po zadraźnieniu odśrodkowego odcinka nerwu błędnego błona śluzowa pokrywa się kroplami soku żołądkowego (Regnard i Loye 1885 r.). Natomiast istnieją doświadczenia niewątpliwie wskazujące, że drogą odruchową przez podrażnienie nerwów smakowych lub powonienia, jakoteż czynności mózgowej wydzielanie soku żołądkowego może być wywołane. Żucie pokarmów, woń pieczeni, widok cukrów, wyobrażenie smacznego obiadu u głodnych, są w stanie nie tylko gruczoły ślinowe, ale i żołądkowe pobudzić do wydzielania. Z drugiej strony jest wielce prawdopodobnem, że wskutek pewnych wpływów psychicznych: smutku, silnych wrażeń umysłowych, obrzydzenia do potraw i t. d. podobnie jak to się dzieje z mechanizmem, i narząd wydzielniczy w swej czynności zostaje czasowo powstrzymanym.

XXXIX. Trwałe wzmożenie siły wydzielniczej.

Wszyscy autorowie robiąc doświadczenia, bądź to na zwierzętach, bądź na ludziach, przypuszczają, że żołądek po wydaleniu z niego pokarmów wydzielać przestaje, że rano naczczo, jeżeli jest wolny od pokarmów, nie zawiera wcale soku żołądkowego. Zdarza się jednak dość często, jak to Rm. pierwszy na dwóch przypadkach dostrzegał a J. i G. na częstość tego objawu zwrócili uwagę, że z żołądka czczego można wydobyć nie tylko kilka ale nawet kilkaset cm.^{3} cieczy wolnej od pokarmów, trawiącej bardzo dobrze białko, i dającej wyraźne oddziaływanie na HCl. W tych przypadkach badanie żołądka w czasie po wydaleniu pokarmów wykazuje również obecność trawiącej cieczy w żołądku. Należy jednak pamiętać, że kilku cm.^{3} płynu kwaśnego z żołądka wyciągniętego, dającego oddziaływanie na HCl a nawet białko trawiącego nie można jeszcze uważać pod względem klinicznym jako objaw chorobowy. Na-

leży bowiem przypuścić, że przez drażnienie sondą, przy dłuższych próbach aspiracyjnych a więcej jeszcze przy wytłaczaniu, może się wydzielić z miejsc dotkniętych nieco soku żołądkowego kwaśnego, który się do śluzu zawartego w żołądku domięsza, przez co czczy żołądek wykazuje pewną ilość treści kwaśnej, a jeżeli się używa dla rozcieńczenia treści wody przekroplonej o ciepłocie pokojowej, to i ta przez przeciąg chociażby tylko 1—2 minut czasu, jakiego potrzeba do wydobycia jej napowrót ze żołądka, wywoła wydzielanie soku kwaśnego, który ją zakwasi. W każdym przypadku porównywując to zadrażnienie, z innemi próbami trawienia, jest ono bardzo słabe. O wydzielaniu patologicznem, któremu towarzyszą, raz znaczne, drugi raz nieznaczne a w lżejszych przypadkach żadne dolegliwości podmiotowe, była już mowa w ustępie VII i VIII. Niektórzy autorowie (Stiller, Rth., Glax, E.) przypuszczają, że trwałe wydzielanie kw. solnego polega na zmianach w ośrodkach nerwowych, i zaliczają to cierpienie do nerwic wydzielniczych. Ja zaś i Rm. przyjmujemy za podstawę w jednych przypadkach wrażliwość błony śluzowej. a w innych znów zmiany anatomiczne. Za tem przemawiają niektóre okoliczności: *a*) Istnienie momentu etyologicznego do powstawania tego zboczenia, gdyż błona śluzowa żołądka bywa ze wszystkich innych najwięcej i trwale najrozmaitszymi bodźcami podrażnianą. *b*) Zboczenie, o którem mówimy, trwa bez zmian całemi latami, tak że przypuszczalne zmiany w ośrodkach nerwowych musiałyby przez ten przeciąg czasu dalsze obszary zająć i wywołać objawy nerwowe w innych narządach, jak to w przebiegu chorób ośrodków nerwowych zwykle bywa, a czego dotąd w przebiegu trwałego wydzielania kw. solnego jeszcze nigdy nie obserwowano. *c*) Niema analogii, aby w którym innym gruczole podobne zboczenia całemi latami na tle nerwowem się utrzymywało. *d*) W pewnych okresach tego zboczenia towarzyszy silne łuszczenie się nabłonka wałeczkowego, wypadanie gruczołów, występowanie znacznej ilosci ciałek wypocinowych, przerost błony śluzowej a często rozstrzeń i wrzód żołądka. Zaliczyłem przeto trwałe wydzielanie soku żołądkowego między zmiany anatomiczne pod nazwą sokotoku i nieżytu kwaśnego żołądka, któryby także można nazwać przerostowym (*catarrhus hypertrophicus*). Podobnie i nadmiernej kwaśności podczas trawienia (*hyperaciditas digestiva* ust. VI), jeżeli ona trwa całemi latami nie należy tłómaczyć zmianami w ośrodkach nerwowych, lecz większą pobudliwością narządu wydzielniczego żołądka. Noorden znalazł, badając kilka przypadków umysłowo chorych, nadmierną kwaśność, niewiadomo jednak, czy to zboczenie istniało jeszcze przed chorobą umysłową i czy się zmieniało w okresach polepszenia. Zboczeniom wydzielniczym towarzyszące sensacye w najrozmaitszych narządach należy uważać jako rozpromienianie się miejscowego cierpienia.

Według dwóch najnowszych prac doświadczalnych J. Schreibera i H. Rosin'ego, dotyczących jakości treści żołądka czczego u ludzi wrzekomo zdrowych mogłoby być uważane trwałe wydzielanie kw. solnego jako stan prawidłowy. Schreiber bowiem otrzymał na 15 osób „zdrowych“ u 14 treść żołądka czczego zawierającą wolny kw. solny a tylko w 1 wypadku niezawierającą tegoż. Rosin znów mógł otrzymać na 42 przypadki badane w 11 ciecz czczą wolną od kw. solnego, u reszty zaś pojawiało się wybitne oddziaływanie na wolny kw.

solny. Stąd przypuszczają ci autorowie, że żołądek czczy wydziela sok żołądkowy w stanie fizyologicznym. Aczkolwiek obserwacye tych autorów są prawdziwe, to tego rodzaju wnioskowanie jest błędne, jak to wynika z uwzględnienia następujących okoliczności: *a*) Autorowie przypuścili, że badają zdrowe osoby, na tej podstawie, że one nie uskarżają się na żadne dolegliwości żołądkowe; wiadomem jest jednak, że znaczne zmiany chemiczne i anatomiczne mogą przebiegać bez żadnych objawów ze strony tego narządu. *b*) W niektórych przypadkach badanych przez autorów, i to wykazujących najwyższe stopnie kwasoty, znajdowały się rano naczczo resztki pokarmów, przy badaniu mikroskopowem. Już z tego powodu nie można uważać tych żołądków jako prawidłowo swą czynność odbywających. *c*) Już np. w płucach, do których dochodzi z zewnątrz tylko jedno medium i to oczyszczone i ogrzane w pierwszych drogach oddechowych trudno przychodzi znaleść przy sekcyi stan zupełnie prawidłowy. O wiele więcej należy się spodziewać, że się rzadko tylko trafi na stole sekcyjnym, a tem samem i u żyjącego, żołądek zupełnie prawidłowy, jeżeli się uwzględni, że człowiek nawet przeciętnie się żywiący drażni dzień i noc żołądek więcej, niż każdy inny narząd najróżnorodniejszemi ciałami twardemi, zimnemi, gorącemi, kwaśnemi, ostremi: jak korzeniami, olejkami lotnemi, przetworami wyskokowemi i t. p. którym to szkodliwym wpływom żadna tkanka, a nawet skóra by się nie oparła, nieodpowiedziawszy stanem zapalnym. Dziwić się tylko należy, jak często klinicyści, patrząc codziennie na pierwsze drogi przewodu pokarmowego (np. połyk) będące prawie zawsze nieżytowo zajęte, nastrzykane, lub też przynajmniej przekrwione, mówią o żołądku prawidłowym, na podstawie, że osoby zupełnie dobrze jadają, jak gdyby np. oddechanie bez dolegliwości było już oznaką prawidłowości płuc. Anatom znów na stole sekcyjnym ku zdziwieniu klinicysty prawie przy każdej sekcyi znajduje albo nieżyt, albo przekrwienie żołądka. Prawidłowy żołądek możnaby chyba znaleźć u osesków zdrowych, albo u osób bardzo miernie a jednostajnie się żywiących w każdym razie tylko w nielicznych przypadkach. Wyniki badań wyżej wymienionych autorów należy w ten sposób zużytkować, że tylko te niestety małoliczne przypadki można uważać jako okazujące prawidłową czynność żołądka, w których w żołądku czczym nie znaleziono kw. solnego, a wszystkie inne, a zatem większość badanych jako patologicznie zmienione. Przyjmując bowiem obecność kw. solnego w żołądku czczym za objaw prawidłowy, musianoby brak tegoż uważać za stan patologiczny.

L e c z e n i e wzmożonego wydzielania soku żołądkowego, o jakiem była mowa w ustępach VI, VII i VIII, uważają niektórzy autorowie jako symptomatyczne, gdyż według nich na trwałe usunięcie choroby liczyć nie można. Ja z mojej strony widziałem przypadki ustąpienia tej choroby po l e c z e n i u tak zwanem k a r l s b a d z k i e m, które obejmowało kilka czynników leczniczych razem stosowanych: *a*) Picie rano naczczo 4—6 kubków (po 210 cm.^{3}) a w przeciągu dnia, kiedy występowały przypadłości żołądkowe, po kubku wody mineralnej o ciepłocie 55° C., w wypadkach z rozstrzenią powikłanych stosowano jeszcze wieczorne przepłókiwania żołądka ciepłą wodą karlsbadzką. *b*) Używanie kąpieli ciepłych o 28°—29° R., które prawdopodobnie w ten sposób dział-

ją, że rozprowadzają jednostajnie krew i nawał jej do trzewiów brzusznych zmniejszają. *c*) Spożywanie takich pokarmów, które nietylko błony śluzowej nie zadraźniają, ale wydzielony sok żołądkowy zużywają, a takimi między innemi są jaja surowe, mięso surowe skrobane lub przynajmniej na wpół pieczone. W ten sposób wygórowana czynność żołądka wskutek znacznego zmniejszenia pracy narządu trwającego przez dłuższy okres czasu, się obniża. *d*) Używanie sody lub magnezyi palonej na koniec noża, najlepiej w tabliczkach prasowanych po 0,5—1 (8—16 gn.) i zapijaniu ich wodą karlsbadzką, jak pod *a*) wymieniono po każdem jedzeniu kilka razy dziennie. *e*) Stosowanie tego leczenia przynajmniej przez 6 tygodni i kontrolowanie ciężaru ciała wagą, aby w razie opadania tegoż zwiększać ilość pokarmów, a zmniejszać dawki wprowadzonych soli. *f*) Jako następowe leczenie pobyt w miejscach górzystych, lub bardzo łagodne zabiegi hydryatyczne i ostrożnie stopniowane żywienie w celu podniesienia odżywienia. Jeżeli O. Sandberg i E. w swych doświadczeniach z wodą karlsbadzką wykonanych n a z d r o w y c h o s o b a c h znaleźli, że czynność wydzielnicza żołądka mało lub wcale się nie zmienia, to trzeba nadmienić, że nie przestrzegali wszystkich powyższych czynników leczniczych a szczególniej przepłókiwań wodą karlsbadzką, a nadto kontrolą dla nich nie było badanie czczego żołądka, jak to miało miejsce w moich doświadczeniach, lecz żołądka na szczycie trawienia po podaniu bułki. Ja widziałem przypadek, w którym przez 6 tygodniowe leczenie karlsbadzkie silnie kwaśny sok żołądka czczego został doprowadzony do oddziaływania alkalicznego.

Nadmienić jeszcze muszę, że osoby cierpiące na nadmierne wydzielanie kwasu żołądkowego łagodzą swe dolegliwości przez picie mocnych wódek, spożycie przesolonych lub ostrych pokarmów, jak musztardy, papryki i t. d. Doświadczenia wykonane na ludziach z wyskokiem (G.) jakoteż ze silnymi rozczynami soli kuchennej (Rm.) wykazały, że tuż po użyciu tych środków otrzymany sok żołądkowy jest nietrawiący. Należy bowiem przypuścić, że przez trujące działanie wyskoku jakoteż zgęszczonych rozczynów soli kuchennej na komórki gruczołowe czynność ich na pewien czas zostaje zniesioną. Ze względu na obserwacye, że u pijaków przez długie używanie wódki wyrabia się nieżyt śluzowy, t. j. czynność wydzielnicza zupełnie znika, należy uważać napoje wyskokowe i ostre pokarmy korzenne jako usuwające nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, zamieniając je w stan nieżytu śluzowego. Jest to podobne działanie jak po zatruciach ostremi istotami chemicznemi, np. emetykiem, kw. siarkowym, po których żołądek traci siłę wydzielniczą (R. J.). Niemamy jeszcze obecnie dla braku długoletnich obserwacyi chęci polecenia wyskoku i istot ostrych w celu leczenia stanów chorobowych przebiegających z podnieceniem siły wydzielniczej, aczkolwiek łagodzą one przypadłości podmiotowe; wydaje się ono bowiem mieczem obosiecznym, gdyż nie wiemy jeszcze dotąd, jaki jest ostateczny wynik nieżytu śluzowego i jego wpływ na cały ustrój. Ostatecznie nadmienić wypada, że zmniejszenie siły wydzielniczej, polegające prawdopodobnie na pewnego rodzaju zwyrodnieniu narządu gruczołowego żołądka, da się osiągnąć przez systematyczne picie wody ogrzanej nad 50° C. i w tém zapewne leży część wyniku leczniczego wody karlsbadzkiej przy źródle stosowanej.

XL. Okresowy sokotok żołądkowy.

Podczas gdy wzmożone wydzielanie soku żołądkowego jako zboczenie przewłoczne, polegające na tle nerwowem nie zdaje się być prawdopodobnem, to czasowe wzmożenie siły wydzielniczej przez pobudzenie nerwów dochodzących do żołądka, bądź przez bezpośrednie drażnienie tychże, bądź drogą odruchową, jest faktem rzeczywistym. Zboczenie to może występywać samoistnie, albo jako objaw symptomatyczny innych chorób (*tabes dorsalis, sclerosis disseminata*). Nagłe wystąpienie i pozostanie kw. solnego w żołądku wywołuje zboczenie czuciowe, tak że niebadając wewnętrznie chorego przypuszcza się, że ma się tylko z nerwicą czuciową do czynienia. Można przy bliższem badaniu przekonać się, że wiele przypadków żołądkowych okazujących zboczenie czuciowe, przebiega na tle gromadzenia się kwaśnego soku żołądkowego. Z kliniki Talmy zostały nawet ogłoszone przypadki, w których po każdorazowem wprowadzeniu niewielkich dawek kw. solnego w celach terapeutycznych chorzy doznawali znacznych przypadłości gastrycznych. I w tych to przypadkach uśmierzają dolegliwości tak ulubione przez publiczność napary rozmaitych „ziółek". Przy nadmiernem nagromadzeniu się silnie kwaśnego soku żołądkowego o kwasocie dochodzącej nieraz do 120=4 albo nawet do 160=6 p. m. HCl (Blank) występuje nietylko ból, ale silne zadrażnienie ścian żołądka i odruchowe wymioty, jak to się po wprowadzeniu ostrych trucizn do żołądka zdarza. Wskutek tego zaliczyli niektórzy autorowie przypadki peryodycznego sokotoku żołądkowego według objawu następowego, najwięcej w oczy wpadającego, do nerwic ruchowych jako wymioty nerwowe. Najczęściej zaś bywają przypadki peryodycznego sokotoku żołądkowego nerwicą złożoną wydzielniczo-czuciowo-ruchową. Wobec trudności dokładnej obserwacyi okresowego sokotoku żołądkowego na znaczniejszej ilości przypadków, zostało to zboczenie przez różnych autorów pod rozmaitemi nazwami opisane.

1. Napadowe wymioty Leydena były ostatnimi czasy przez Rm. w dwóch przypadkach dokładnie obserwowane. Przy badaniu treści jakoteż wymiocin znalazł Rm. obfite wydzielanie nadmiernie kwaśnego soku żołądkowego. Leyden opisuje pojedyncze napady w następujący sposób: Choroba rozpoczyna się bez żadnego wyraźnego powodu gwałtownymi wymiotami, bólami w dołku podsercowym, bólem głowy, światłowstrętem, a nawet majaczeniem. Wymioty bywają obfite, gęste, cisawe a przy końcu zawierają żółć i ślady krwi. Brzuch okazuje się wciągnięty, lecz powłoki brzuszne są miękkie, gdyż tylko jelita bywają kurczowo ściągnięte, do tego stopnia, że zastosowanie środka przeczyszczającego albo lawatywy nie odnoszą żadnego skutku. Po ukończeniu napadu brzuch się znów wypukla. Bóle rwące w kończynach dolnych pojawiają się także. Napady mogą trwać przez kilka dni i powtarzać się w dłuższych okresach. Leyden uważa tę chorobę jako nerwicę nerwu błędnego lub splotu trzewiowego (*pl. coeliacus*). Rth. tłumaczy ją jako podrażnienie opuszkowych jąder nerwu błędnego. P. zauważa słusznie, że opisane napady mogą być te same, jakie zdarzają się w uwiądzie rdzenia pacierzowego.

2. Ostry sokotok Rossbacha (*Gastroxia Rossbachi*) pojawia się najczęściej u osób w 30—40 roku życia umysłowo pracujących, lub znajdują-

cych się pod niepokojącymi wpływami psychicznymi. Przyczyna zboczenia jest przeto mózgową. Napad rozpoczyna się wśród pracy lub wzruszenia umysłowego uczuciem silnego bólu głowy, potem paleniem w żołądku lub też odwrotnie. Palenie wzmaga się do tego stopnia, że w nocy spać nie dozwala. Po użyciu ciekłych pokarmów lub wody ciepłej palenie zmniejsza się na chwilę, a nawet wypicie przed napadem wybuchowi zapobiega. Podczas napadu ból głowy się zwiększa, jak gdyby czaszka miała pęknąć, twarz bladnieje i zapada, poczem występują nudności i silne wymioty treści kwaśnej. Po wypróżnieniu żołądka ustaje ból głowy, chory usypia i budzi się zdrowym. Napady występują co kilka tygodni lub miesięcy i stają się rzadsze lub ustępują zupełnie po dłuższym odpoczynku od pracy umysłowej. Dziwną wydaje się w opisie Rossbacha okoliczność, że treść żołądkowa od kw. solnego silnie kwaśna, bo o kwasocie 4 p. m. czyli 110, zawiera jeszcze kw. organiczne a w szczególności kw. mlekowy. Wydaje mnie się przeto, że tego rodzaju przypadki są czasową rozstrzenią (atonią) z następowem nagromadzeniem się treści kwaśnej, u osób małokrwistych prowadzących sedenteryjne życie, jak to mnie się kilkakrotnie zdarzało dostrzegać u młodych Izraelitów, oddających się gorliwie nauce Talmudu (p. ust. XVII).

3. *Gastroxia juvenilis*, zdarza się według Rth. i Leydena u młodzieży szkolnej, szczególniej dziewcząt, przygotowujących się u nas do zawodu nauczycielskiego, które pod wpływem uciążliwej pracy umysłowej doznają podrażnienia ze strony mózgu. Dzieci cierpiące na to zboczenie są zwykle małokrwiste, doznają bólu głowy i wymiotują treść od kw. solnego silnie kwaśną. W celu wyleczenia należy pacyentów na dłuższy czas od zajęcia szkolnego usunąć, bardzo łagodne leczenie hydryatyczne, poczynając od 28° C. w miejscach klimatycznych przeprowadzić, a nareszcie w stopniowany sposób szczawy żeleziste (Żegiestów, St. Moritz) zastosować.

4. Ból głowy żołądkowy (*cephalalgia gastrica*). Jest to objaw dość często napotykany szczególniej u kobiet, który rozpoczyna się zwykle już rano mniejszym lub większym bólem głowy, trwającym przez kilka godzin a nawet do wieczora, przyczem coraz wybitniej występują nudności, uczucie rozdymania w dołku podsercowym, odbijania, potem palenie w żołądku a ostatecznie wymioty mas od HCl silnie kwaśnych, mało lub wcale niezawierających pokarmów, natomiast żółciowo zabarwionych. Po wypróżnieniu żołądka bóle głowy zupełnie ustępują. Dzieje się też odwrotnie, że zaczyna się napad od przypadłości gastrycznych (nudności), a do nich dołącza się ból głowy. U chorego z przetoką żołądka dostrzegał Pf. za każdorazowem przepłókiwaniem żołądka wodą zakwaszoną kw. solnym zaciśnięcie odźwiernika, bolesność wpustu, i silny tępy ból głowy, które to objawy znikały, gdy treść żołądkową sodą zobojętniono. Nie w każdym przypadku bólu głowy przychodzi pomimo równoczesnego istnienia przypadłości gastrycznych aż do wymiotów; prawdopodobnie treść żołądkowa kwaśna zostaje wcześniej wydaloną do jelit, nim wywołanie wymiotów nastąpi. Na pewną wzajemność między nerwobólem połowiczym głowy a wymiotami kwaśnemi zwrócił uwagę Legendre. Wobec nielicznych i niedostatecznych obserwacyi przypadków sokotoku czasowego żołądka dalsze i dokładne obserwacye są ze wszechmiar pożądane.

L e c z e n i e bólu głowy żołądkowego jest przedewszystkiem ogólne, jak to w ustępie XXXVII o wymiotach nerwowych przedstawiono. Symptomatyczny mogą odnieść skutek: picie ciepłej herbaty, ciepłych wód alkalicznych, antipiryn trzy razy dziennie po 0,5 (8 gn.) lub antifebryn 0,25 (4 gn.) trzy razy dziennie; *Phenacetin* po 0,5—1,0 (8—16 gn.) trzy razy dziennie; *Solutio arsenicalis Fowleri* od 2—4 kropel 2—3 dziennie. Niekiedy skutkuje *chininum muriat.* po 0,5 (8 gn.) lub *chininum hydrobromatum* po 0,2, dwa razy dziennie. Bóle głowy zmniejsza nacieranie czoła 10% rozczynem eterycznym lub eteryczno-wyskokowym m e n t o l u.

XLI. Zmniejszenie siły wydzielniczej.

Anaciditas nervosa.

Trwałe zniesienie siły wydzielniczej narządu gruczołowego żołądka na tle nerwowem jest wielce nieprawdopodobnem. Niema bowiem analogii z żadnym narządem gruczołowym i trudno sobie wyobrazić, aby jakaś zmiana w ośrodkach nerwowych całemi latami się ograniczała li tylko na włókna wydzielnicze a pozostawiła niezmienione inne tuż przebiegające (ruchowe, czuciowe). Wprawdzie przytacza E. przypadki zniesienia siły wydzielniczej w hysteryi i neurastenii trwające od kilku lat, aż dotąd. Jednak można objawy u tego rodzaju chorych innemi jeszcze okolicznościami tłómaczyć: u jednych może być przyczyną długie nadużywanie leków, u innych przestrzeganie ścisłej dyety, przez co następuje osłabienie czynności wydzielniczej, a najprawdopodobniejszem wydaje się to przypuszczenie, że chorobie nerwowej towarzyszy zmiana organiczna żołądka (nieżyt śluzowy lub zanikowy żołądka) O wiele prawdopodobniej przemawiają za przyrodą nerwową niedomogi wydzielniczej dwa przypadki Littena, w których wydzielanie kw. solnego na kilka tygodni ustało, aby potem znów powrócić. Przyjmując zniesienie siły wydzielniczej co do kw. solnego na tle nerwowem, należałoby równocześnie przypuścić zastanowienie wytwarzania się pepsyny i fermentu sernikowego, na który to ostatni czynnik u człowieka zwrócił uwagę pierwszy Reichman 1885 r. badając trawienie mleka w żołądku ludzkim. Jednak tylko Litten podaje, że w powyżej wspomnianych przypadkach znalazł po wprowadzeniu mleka do żołądka brak fermentu sernikowego, podczas gdy inni autorowie (Johnson, B., Klemperer) przyznają brak fermentu sernikowego samego, jakoteż przygotowawczego tylko w przebiegu organicznych zmian żołądka (w nieżycie śluzowym, zanikowym, raku) t. j. w tych, w których i wydzielanie pepsyny po wlaniu kw. solnego do żołądka jest upośledzone lub zniesione (J.). Wielce prawdopodobnem jest, że pod pewnymi wpływami nerwowymi i psychicznymi może wydzielanie soku żołądkowego czasowo być wstrzymane. Tego rodzaju zboczenie dotąd mało spostrzegane nie może się tak często ujawnić w praktyce lekarskiej jak wzmożenie siły wydzielniczej, gdyż nie sprawia większych dolegliwości podmiotowych, ale dostrzeżone może niezmiernie utrudnić rozpoznanie nieżytu śluzowego lub zanikowego albo nawet raka. Tylko wyczekiwanie mogłoby tu umożliwić rozstrzygnięcie.

L e c z e n i e niedomogi wydzielniczej nerwowej może według powyższych wyjaśnień liczyć na powodzenie. Obok środków leczniczych miejscowych poda-

nych w ust. X należałoby działać na układ nerwowy. Nadto zalecają w najnowszych czasach przeciw niedomodze wydzielniczej podawanie kw. solnego ze solą kuchenną (B.), przepłókiwania żołądka rozczynem 2% kw. solnego (Litten), galwanizowanie żołądka sposobem Ziemssena (XXX. 2) a u chorych ze zanikowym nieżytem żołądka podawanie nastoju otrzymanego przez wyciągnięcie trzustki 12 procentowym wyskokiem po kieliszku przy każdem jedzeniu (Rm.).

D. Nerwice rozlane.

Gastroneuroses vagae.

Hysterya i neurastenia biorą swój początek we wzmożonej pobudliwości centralnego układu nerwowego, która może równocześnie dotyczyć ośrodków kierujących czynnościami żołądka. Ponieważ te ośrodki i ich drogi prowadzące do żołądka, jak to z uwag fizyologicznych przytoczonych w ustępach o nerwicach ruchowych wynika, w licznych miejscach mózgu i rdzenia są umieszczone, to często zdarzać się musi, że przy wygórowanej pobudliwości pewnego obszaru układu nerwowego, powstanie nieprawidłowość w jednej lub więcej czynnościach żołądka, wskutek równoczesnego zajęcia w niej zawartych ośrodków dla żołądka. Według doświadczenia klinicznego jest też hysterya i neurastenia obfitem źródłem pojawiania się rozmaitych zboczeń żołądkowych, tak że w znacznej części przypadków tych chorób stanowią one najwybitniejszą grupę przypadłości chorobowych, górujących nad zboczeniami właściwemi tym chorobom. Ztąd też bardzo wielu chorych cierpiących na przypadłości hysteryczne i neurasteniczne udają się do lekarza tylko z powodu dolegliwości żołądkowych. Rzeczą też jego jest, w każdym pojedynczym przypadku zwrócić uwagę na to, czy obok przypadłości żołądkowych istnieją jeszcze inne objawy właściwe dla hysteryi i neurastenii. Jeżeli takowe znajdzie, to przyjdzie we wątpliwych przypadkach wykluczyć cierpienie organiczne żołądka przez badanie wewnętrzne, mając na względzie, że cierpienie organiczne żołądka może wywołać przypadłości przedstawiające się pozornie, jako hysteryczne lub neurasteniczne, i że w innych jeszcze przypadkach hysterya i neurastenia przebiegają obok zmian organicznych w żołądku np. obok wrzodu.

XLII. Nerwice żołądka hysteryczne.

Gastroneuroses hystericae.

Przypadłościom żołądkowym na tle hysterycznem mogą towarzyszyć równocześnie rozmaite tej chorobie właściwe zboczenia, jako to: ciśnienie na wierzchołku głowy (*clavus hystericus*), uczucie dławienia lub obcego ciała w przełyku (*globus hystericus*), przeczulice skórne, niespodziewanie zmieniające się nerwobóle lub bóle stawowe, w innych znów przypadkach znieczulenia dotykowe i elektryczne w rozmaitych obszarach, porażenia hysteryczne kończyn wobec utrzymanej kurczliwości elektrycznej mięśni, a zniesionego czucia, a ostatecznie drgawki i napady hysteryczne. Wobec egzaltowanego usposobienia i przesadnego przedstawiania dolegliwości przez chorych, a zmienności powyższych przypadłości bez jakiejkolwiek przyczyny, można przypuścić, że i przypadłości żołądka na tem samem tle polegają. Jeżeli zaś powyższe objawy przypadłościom żołądka nie towarzyszą, nie ma powodu uważać każdego objawu żołądkowego poja-

wiającego się u kobiet za hysteryczny, ale jako samoistny organiczny lub nerwowy. Musielibyśmy powtórzyć wszystkie ustępy przytoczone w dziale o nerwicach, gdybyśmy chcieli wyliczać wszystkie zboczenia żołądkowe, pojawiające się w przebiegu hysteryi. Przytoczymy tylko te, z któremi się codziennie spotykamy. Zwykle nie przedstawia się nam jedno zaburzenie w czynności żołądka, ale cały szereg tychże, tworząc pewne objawy chorobowe.

1. Niestrawność hysteryczna (*dyspepsia hysterica*), jest to najczęściej pojawiający się zbiór przypadłości żołądkowych u hysterycznych, z któremi one do lekarza się udają. Znajdują się w niem następujące zboczenia:

a. Brak łaknienia (*anorexia hysterica*), który pochodzi albo z powodu znieczulenia jamy ustnej, albo uciążliwości w wykonywaniu ruchów połykowych, przez co wyrabia się odraza do spożywania pokarmów, gdyż ich obecność i żucie nietylko nie sprawia przyjemności, ale staje się wprost przykrem. Trzeba jednak i o tem pamiętać, że osoby hysteryczne symulują brak łaknienia i wzbraniają się przed jedzeniem, chcąc swój stan chorobowy przedstawić otoczeniu, jako bardzo groźny, ukradkiem zaś zjadają wszystko, co się pod rękę nawinie. Niedawno miałem sposobność obserwowania tego objawu u 16-letniej hysteryczki, dość dobrze odżywionej, która od dwóch lat, według opowiadań wielce strapionej matki, oprócz rosołu, wody i trochę wina, niczego więcej nie spożywała. Sondowanie na ten zabieg nieprzygotowanej pacyentki, która twierdziła stanowczo, że niczego jeszcze nie jadła, wykazało miazgę pokarmową, składającą się z owoców. Następowe badania wewnętrzne żołądka wykazały mechanizm i chemizm prawidłowy. Może jednak być, że przyczyną rzeczywistego braku łaknienia w niektórych przypadkach hysteryi jest czasowy brak kw. solnego (*anaciditas nervosa ust. XLI*).

b. Przeczulice żołądka (*hyperaestesiae hystericae*) w rozmaitych postaciach, jako: gniecenie, tłoczenie, nudności, rozdymanie i t. p.

c. Odbijania połykowe czcze (*eructatio hysterica*), którym często towarzyszy czkawka, podchodzenie i zbieranie się płynu w jamie ustnej, bębnica żołądka (*pneumatosis hysterica*), powstająca przez połykanie powietrza, które się może dostać i do jelit, wytwarzając ogólną bębnicę (*tympanitis hysterica*). Objaw ten może jednak według obserwacyi niektórych autorów powstać przez niższe kurczowe ustawienie się przepony. Ze względu na stosunki unerwienia żołądka, należy w bębnicy żołądka i następowem odbijaniu hysterycznem przypuścić rozluźnienie wpustu, a kurcz odźwiernika (p. XXXIV i XXXVII).

2. Nerwobóle żołądka (*cardialgia hysterica*), pojawiają się w przebiegu hysteryi dość często, szczególniej u osób małokrwistych i źle odżywionych. Ja dostrzegałem ich pojawianie się w kilkodniowych lub kilkotygodniowych odstępach z trwaniem 2 — 3 trójdniowem a przerwami kilkogodzinnemi. W dniach napadu wykazywał żołądek pluskanie, aż do pępka i zawierał ciecz od kw. solnego silnie kwaśną. W dniach wolnych od nerwobólu tych objawów nie było. Chorzy uśmierzali nerwobóle przez picie herbaty ciepłej.

3. Wymioty hysteryczne (*vomitus hystericus*), pojawiają się bardzo często w przebiegu hysteryi, a u nas zdarzają się przeważnie u Izraelitek. Mają one albo charakter zwracania (*regurgitatio hysterica*), albo wymiotów właściwych.

W niektórych przypadkach poprzedza wymioty napad nerwobólu żołądka, w innych znów odbywa się wymiotowanie z małemi lub bez żadnych dolegliwości. Pierwsze przypadki uważa Rth. jako polegające na podrażnieniu opuszkowych ośrodków nerwów błędnych, a drugie na przeczulicy obwodowych zakończeń tych nerwów. Najczęściej wymiotują chorzy ciecze, a zatrzymują pokarmy stałe. Są jednak przypadki, w których chorzy wszystkie pokarmy wymiotują, tak, że wcelu zapobieżenia zagłodzeniu się, należy stosować l e w a t y w y o d ż y w c z e. W niektórych przypadkach wymiotów hysterycznych zauważono we wymiocinach znaczną ilość mocznika (Laycook, Charcot), w obec zatrzymania się moczu.

Powyższe zboczenia żołądkowe napotykane w hysteryi nie różnią się w swych objawach niczem od opisanych w poprzedzających ustępach, również i postępowanie lecznicze jest to samo, jakie tam przytoczono. Oprócz tego należy stosować środki przeciwmaciennicze, jakie bywają podawane w podręcznikach klinicznych. Przypomnieć jeszcze wypada, że niedawno probowano z pewnem powodzeniem w uporczywych wymiotach i napadach hysterycznych wyjęcie jajników (*castratio*).

4. U m ę ż c z y z n rzadko zdarzają się przypadłości żołądkowe na tle hysterycznem (*hysteria virilis*); natomiast częściej napotykamy je w p r z e b i e g u h y p o c h o n d r y i. Chorzy hypochondryczni drobiazgowo i przesadnie opisują sensacye, jakich doznają w żoładku: pełność, czczość, ssanie, gorąco lub zimno, gryzienie, uczucie ciała obcego, a nawet bólu; trapią się, że mają wrzód lub raka żołądka. Uskarżają się bardzo często na brak łaknienia, podczas gdy przy bliższych wywiadach okazuje się, że nawet za wiele jedzą i piją, dlatego też są zwykle dobrze odżywieni. Jeżeli im się przepisze pewną lub ścisłą dyjetę, to jej nigdy nie obserwują, ale według swych zapatrywań ją zmieniają. W podobnie nużący sposób przedstawiają i swoje rzekome przypadłości ze strony innych narządów, krtani, płuc, serca i t. d. i nie zadawalniają się zwykle radą jednego lekarza. Obraz rzekomych przypadłości chorobowych, jaki się przedstawił u tego samego chorego przy pierwszej wizycie lekarskiej, utrzymuje się m o n o t o n n i e przez całe lata, nie przedstawiając takiej rozmaitości jak w hysteryi. Nie zawsze jednak są skargi na przypadłości żołądkowe, chociaż wydają się polegać na tle hypochondrycznem, bez podstawy, owszem, napotykałem często przy badaniu wewnętrznem zboczenie w czynnności wydzielniczej lub mechanicznej, które leczyć należało.

Podobnie, jak leczenie chorych hysterycznych wymaga i l e c z e n i e c h o r y c h h y p o c h o n d r y c z n y c h, będących częstokroć istnym crux medicorum, wiele cierpliwości i wyrozumiałości ze strony lekarza. Przedewszystkiem należy starać się odwrócić uwagę ich od miejsca chorobowego przez podanie odpowiedniego zajęcia umysłowego, przez pobyt wśród towarzystw wesołych, przez odbywania podróży, jakoteż przez zapełnienie dnia, wyznaczając szczegółowo postępowanie lecznicze. Według okoliczności i właściwości cierpienia poleca się: ćwiczenia gimnastyczne, mięsienie, zabiegi wodolecznicze, leczenie winogronowe, środki regulujące stolce, a w stosownej porze wysyła się

pacyentów w miejsca górzyste, do kąpiel morskich, do Karlsbadu, Maryenbadu lub do Kissingen.

XLIII. Nerwice żołądka neurasteniczne:

Gastroneuroses neurasthenicae. Neurasthenia gastrica. Burkart. E.

W chorobie tak różnopostaciowej co do objawów, jaką jest neurastenia, przedstawiają się przypadki przebiegające ze zboczeniami w czynności żołądka nader rozmaicie. Przeważnie zdarza się kilka objawów równocześnie, wykazujących zboczenie w sferze czuciowej, a biorących swój początek w niektórych przypadkach w podnieconej wrażliwości układu nerwowego czaszki, w innych kręgosłupa—*neurasthenia irritativa*, a w innych znów w ogólnem osłabieniu (wyczerpaniu) układu nerwowego—*neurasthenia depressiva* (Rth.). Za przyrodą neurasteniczną objawów żołądkowych przemawiają inne równocześnie istniejące zboczenia, jako to: rozdrażnienie lub pognębienie psychiczne, obawa uliczna (*agoraphobia*), osłabienie pamięci, niemożność pracowania umysłowo, uczucie znużenia, szczególnie w kończynach dolnych, bezsenność, ciśnienie, ból i zawroty głowy, łatwe pojawianie się krótkiego oddechu, duszności, bicia serca przy wykonywaniu ruchów, uczucie tętnienia w jamie brzusznej, uczucie bólu w kręgach piersiowych i lędźwiowych, przeczulica kręgosłupa, punkty i obszary bolesne (*puncta dolorifica*) w okolicy wyrostków poprzecznych i przestworów międzyżebrowych, dających się wykazać bądź dotykiem, bądź słabym prądem przerywanym albo przyłożeniem katody prądu stałego, pojawianie się nerwobólów (*neuralgia supraorbitalis, cervico-occipitalis, brachialis, cruralis*), osłabienie popędu płciowego, przeczulica wzdłuż przewodów nasiennych, jakoteż międzykrocza, wzmożenie odruchów kolanowych, zaparcie stolca, kurczowe zatrzymywanie się moczu, pojawianie się w nim większej ilości fosforanów ziemnych, w innych znów przypadkach indykanu i szczawianu wapniowego w kryształach i t. d.

Najczęściej napotykane zboczenia żołądkowe w przebiegu neurastenii są te, które można określić jako:

1. Dyspepsia neurasthenica, przedstawiająca następujące objawy: a) Brak łaknienia (*anorexia neurasthenica*), przyczem wymienić wypada dość często pojawiającą się u chorych idyosynkrazyą do pewnych nawet strawnych potraw, po których spożyciu uskarżają się na dolegliwości podmiotowe. b) Uczucie pełności, nawet rzeczywista bębnica żołądka (*pneumatosis gastrica*), gniecenie i ucisk w dołku podsercowym szczególniej po jedzeniu. Chorzy opowiadają, że czują nawet pokarmy w którem miejscu leżą. c) Nudności i niesmak, a w niektórych przypadkach równoczesny zawrót głowy pojawiający się po spożyciu pokarmów (*vertigo, Magenschwindel*). d) Odbijania męczące, czcze, bez smaku, albo sprawiające zgagę.

Objawy powyższe przypominają te, jakie napotykamy w nieżycie żołądka miernego natężenia, a według Stillera należy je uważać jako obraz chorobowy, opisany przez Leubego pod nazwą niestrawności nerwowej (*dyspepsia nervosa*). Tą nazwą zamierzał L. określić cierpienia żołądka, który pod względem chemizmu i mechanizmu przedstawia się prawidłowym, a po-

mimo to trawienie odbywa się z przypadłościami podmiotowemi. Prawidłowe stosunki żołądka poznaje L. przez dokładne strawienie obiadu próbnego po 7 godzinach, a za podstawę cierpienia przyjmuje nadmierną pobudliwość nerwów żołądkowych.

2. Nerwobóle neurasteniczne żołądka (*gastralgia neurasthenica*) zdarzają się o wiele rzadziej, niż w hysteryi, trwają według Rth. przez kilka godzin i pojawiają się w odstępach kilkutygodniowych. Według E. towarzyszy im często nerwoból jelit (*enteralgia*).

3. Wymioty neurasteniczne (*vomitus neurasthenicus*) pojawiają się jeszcze rzadziej, niż nerwobóle neurasteniczne i zwykle bez szczególnych dolegliwości żołądkowych.

Leczenie miejscowe w zboczeniach neurastenicznych żołądka, nie odnosi trwałego skutku. Środki ogólne na układ nerwowy działające okazały się najskuteczniejszemi: terapia bromowa, leczenie hydryatyczne, elektryczność (str. 78), zmiana klimatu, podróże morskie i t. p. W małokrwistości skutkują wody i przetwory żelaziste, a według Rth. nawet podskórne wstrzykiwania po jednej strzykawce 5% rozczynu ferrum peptonisatum, albo oleinicum (w rozczynie oliwy), lub też ferrum citricum; w zaparciu stolca skutkuje extractum belladonae. Najważniejszym jednak czynnikiem terapeutycznym jest usunięcie przyczyny, wywołującej główne cierpienie np. zboczenia w narządzie płciowym, szkodliwy wpływ psychiczny, nadmierną pracę umysłową i t. p. Liczne szczegóły terapeutyczne, dotyczące leczenia neurastenii muszą być pozostawione podręcznikom klinicznym.

E. Nerwice żołądka symptomatyczne.

Gastroneuroses symptomaticae v. larvantes.

Do tych nerwic zaliczamy takie zboczenia nerwowe ze strony żołądka, pod których formą rozpoczyna się lub przebiega choroba zupełnie innego rodzaju. Zdarza się to w uwiądzie rdzenia pacierzowego, w zimnicy i w dnie. Znajomość tych pozornych nerwic żołądka jest bardzo ważną ze względu na rokowanie i leczenie, gdyż należy leczyć głównie chorobę ukrytą, a nie objawy gastryczne.

XLIV. Napady żołądkowe tabetyczne.

Crises gastriques (Delamare, Charcot).

Pierwszymi, a nawet czasem jedynymi objawami klinicznymi zwyrodnienia sznurów tylnych rdzenia pacierzowego, z którego, jak w ustępach o nerwicach ruchowych podniesiono, można na czynność żołądka wpłynąć, bywają w niektórych przypadkach przypadłości żołądkowe. Te rozpoczynają się u chorych, na żołądek dotąd zdrowych, jako bóle w jamie brzusznej bliżej nieumiejscowione, jednak ciągnące się ku dołkowi podsercowemu, a niekiedy rozpromieniające się i do ud. Bóle bywają bardzo znacznego natężenia, a wśród nich pojawiają się wymioty pokarmów, a potem mas żółciowych, mogących zawierać ślady krwi świeżej. Napady tego rodzaju powtarzają się kilka razy dziennie, a szczególniej po spożyciu jakiegokolwiek pokarmu, trwają nawet dni

kilka i w wysokim stopniu wyczerpują siły chorego. Chorzy nazywają te napady kurczami żołądka. Napady tabetyczne mają do pewnego stopnia podobieństwo do bólów podczas wymiotów w przebiegu wrzodu ukrytego. Należy jednak mieć na uwadze następujące okoliczności: a) że nie ma dokładnego umiejscowienia bólów, jak to we wrzodzie bywa; b) że bóle rozpromieniają się zwykle ku dołowi w okolicę pęcherza, ud, gdy we wrzodzie okrągłym dążą one najczęściej ku kręgosłupowi; c) że niema w czasie wolnym od napadów bólów uciskowych w okolicy żołądka, jak to we wrzodzie okrągłym często się zdarza; d) że wywiady i bliższe zbadanie chorego daje najczęściej już wskazówki możliwości istnienia uwiądu rdzenia pacierzowego. W tym celu należy zwrócić uwagę, czy nie istnieją już następujące objawy: mrowienie lub bóle przeszywające w kończynach dolnych, zdwojone widzenie, rozszerzenie lub trwałe zwężenie źrenic, zmniejszenie czucia dotykowego lub elektrycznego w kończynach dolnych, zniesienie odruchów kolanowych, niepewność w chodzeniu, a może już i niezborność ruchów kończyn dolnych.

Rozróżnienie napadów gastrycznych od zmian organicznych żołądka nie bywa zawsze łatwem. Przed dwoma laty leczyłem z kilkoma kolegami przypadek wątpliwy, dotyczący urzędnika kolejowego. Pacyent liczący lat 55, bardzo dobrze odżywiony, z wybornem łaknieniem, nigdy nieuskarżający się na jakiekolwiek dolegliwości żołądka, począł dostawać od półtora roku, co kilka miesięcy nagle szarpiących lecz niebolesnych wymiotów bez względu na spożywanie pokarmów, a trwających przez 1—2 dni. Badanie wykrywało: źrenice znacznie zwężone i nieruchome na działanie światła, chód ciężki, uczucie ściągania w pasie. Po wielokrotnych naradach lekarskich w Krakowie i w Wiedniu uważano przypadłości żołądkowe jako *crises gastriques*. Lecz w jednym z następnych napadów wystąpiły wymioty krwawe z wyrzuceniem przeszło dwóch litrów krwi skrzepłej. Po trzech miesiącach pojawił się taki sam napad, przyczem około czterech litrów krwi zostało wyrzuconem, w skutek czego chory życie zakończył. Sekcyi nie robiono. Najprawdopodobniej rozwijały się w tym przypadku obok siebie cierpienia rdzenia i wrzód ukryty żołądka.

Inny przypadek, który znajduje się od czterech lat w mojej obserwacyi, jest następujący: trzydziestoletni urzędnik, dotąd według wywiadów zdrów, cierpi od trzech tygodni na dokuczliwe bóle w okolicy żołądka, pojawiające się kilka razy dziennie, poczem następuje wymiotowanie pokarmów i cieczy żółciowej. Badanie chorego wykazuje bolesność dotykową w dołku podsercowym, pluskanie wybitne aż do pępka, zresztą innych zboczeń w ustroju wykazać nie można. We dwa dni po tem badaniu zawezwany 30. IX. 1885 przez pacyenta, znalazłem go w łóżku, uskarżającego się na gwałtowne bóle w okolicy żołądka i ciągłe wymioty. Obfite wymiociny zawierające z początku tylko pokarmy, przedstawiały w dalszym ciągu ciecz zielonkowatą, a w niej czarne i czerwone smugi krwi. Wszystkie odczynniki wykazały bardzo wybitne oddziaływanie na wolny kw. solny. W żołądku utrzymuje się stale pluskanie. Rozpoznałem wrzód okrągły w części odźwiernikowej z następową rozstrzenią, poleciłem krople morfinowe, a po ustąpieniu przypadłości żołądkowych, wyjazd do Karlsbadu, co też chory uczynił. Po przebytem lecze-

niu karlsbadzkiem, uważał się pacyent za zdrowego i miał się bez przerwy zupełnie dobrze, aż do października 1887 r., kiedy znów pojawiły się znaczne bóle napadowe żołądka i wymioty, które trwały przez tydzień; były one jednak lżejszymi niż pierwszy raz, gdyż chory nie potrzebował leżeć w łóżku. Przy badaniu chorego znalazłem wtedy również nagromadzenie cieczy w żołądku, lecz brak bolesności dotykowej. Natomiast uskarżał się chory na bóle w lędźwiach, bolesne rwanie w kończynie dolnej prawej, przykre uczucie w pasie; badanie wykazało nadto osłabienie znaczne odruchów kolanowych, a chory zapytywany dokładniej przypomniał sobie, że przez kilka tygodni przed napadami miewał zdwojone widzenie. Uważałem przeto obecne napady jako *crises gastriques*, na co następnie i koledzy specyaliści się zgodzili. Przy użyciu przetworów bromowych miał się chory aż do września 1888 r. znów dobrze. Dopiero w tym czasie podczas podróży dostał pacyent bardzo gwałtownych napadów gastrycznych, trwających przez 2 tygodnie. Chory podaje, że z powodu silnych bólów w jamie brzusznej odchodził od przytomności i musiał być cucony; bóle w kończynach dolnych były tak silne, że musiano wstrzykiwać kilkakrotnie morfinę; przepisywane środki przeczyszczające, jak kalomel nie odnosiły najmniejszego skutku; widziałem też stolce kalomelowe, odchodzące dopiero po tygodniu, gdy chory już powrócił do Krakowa po przebyciu napadów, użyte lewatywy również nie odchodziły. Obecnie doznaje chory od czasu do czasu bólów przeszywających w kończynie dolnej prawej, ma chód dostrzegalnie ciężki i wykazuje odruchy kolanowe prawie zniesione, a uczucie dotykowe i elektryczne u palców nogi prawej zmniejszone. Leczenie polega na używaniu pigułek z *argentum nitricum*, antipirynu w razie bólów w kończynach, kąpieli letnich (27^0 R.), penzlowaniu faradycznem kończyn dolnych i galwanizowaniu odśrodkowem rdzenia prądem o natężeniu $1\frac{1}{2}$—$2\frac{1}{2}$ M. A.

W przypadkach uwiądu rdzenia pacierzowego, przebiegających z przypadłościami gastrycznemi, a badanych pośmiertnie, znaleziono zwyrodnienie jąder nerwów błędnych (Kahler, Demange, Oppenheim).

L e c z e n i e jest skierowane przeciw chorobie głównej, lecz podczas napadu postępujemy symptomatycznie, jak przy nerwobólach żołądka zostało wskazanem. Rth. zaleca: worki wypełnione ciepłą wodą o 40^0 C. na kręgi szyjne i piersiowe, worki wypełnione ciepłym piaskiem na grzbiet i jamę brzuszną, przykładanie anody silnego prądu galwanicznego na dołek podsercowy, silne penzlowanie faradyczne tej okolicy, a ostatecznie wstrzykiwania podskórne morfiny.

Należy jeszcze na tem miejscu wspomnieć, że dostrzegano napady bólów żołądkowych w innych chorobach rdzenia jako to: *myelitis subacuta* (Leyden, O.) i *sclerosis multiplex*.

XLV. Przypadłości żołądkowe zimnicze.

Gastroneuroses malaricae.

W typowym przebiegu zimnicy zdarzają się często przypadłosci gastryczne, lecz o zboczenia tego rodzaju tu nie chodzi. Zakażenie zimnicze może się jednak ukrywać jedynie tylko pod objawami gastrycznymi (*intermittens larvata*),

tak, że charakterystycznych objawów zimnicy: powiększenia śledziony, napadów gorączkowych, wcale nie ma. Przypadłości żołądkowe zimnicze mogą przebiegać pod dwiema postaciami, jako:

a. Niestrawność zimnicza (*dyspepsia malarica* L.) polega ona na objawach dyspeptycznych różnego rodzaju, które trwają stale, jednak od czasu do czasu się powiększają. Tego rodzaju chorzy przyjeżdżają zwykle do Karlsbadu z rozpoznaniem nieżytu żołądkowego i tu, chociaż w całej okolicy nie istnieje zimnica, po kilku lub kilkunastu dniach leczenia karlsbadzkiego rozwijają się typowe napady zimnicze, wyjaśniające przyczynę objawów dyspeptycznych. Zmiana leczenia karlsbadzkiego na duże dawki chininy usuwa całe cierpienie.

b. Nerwoból żołądka zimniczy (*gastralgia malarica*), pojawia się na tej samej podstawie, co i inne nerwobóle (*neuralgia supraorbitalis, brachialis, intercostalis* i t. d.), maskujące zakażenie zimnicze Nerwoból żołądka zimniczy może przebiegać z wymiotami, nerwobólem jelit, biegunką; nie pojawia się on jednak zawsze w regularnych odstępach. Rozpoznanie przypadłości żołądkowych zimniczych opiera się przeważnie na tem, że osoby pochodzą z okolic malarycznych i że chinina usuwa objawy chorobowe, a rzadko kiedy na typowości napadów.

Leczenie polega na podawaniu przetworów chininy w większych dawkach, a jeżeli żołądek ich nie znosi, to w czopkach. Rth. zaleca podskórne wstrzykiwanie roczczynu glicerynowo-wodnego z chininum boricum po 0,3—0.5. W razie bezskuteczności chininy należy probować *liquor natri arsenicosi* (Pearsoni) po 5 kropel trzy razy dziennie, który to przetwór ma zastąpić *Solutio arsenicalis Fowleri* z obawy przed użyciem kilku miligramów potasu; a ostatecznie *Tinctura Eucalypti globuli* po łyżeczce od kawy kilka razy dziennie.

XLVI. Dyspepsia uratica.

Zboczenie to, szczególniej przez angielskich lekarzy obserwowane, może być jedynym objawem, pod którym się dna (*arthritis uratica*) ukrywa. W przypadkach dny obserwowanych przezemnie w Karlsbadzie, mogłem wywnioskować, że choroba w swoich początkach polegała przez dłuższy czas tylko na zboczeniach dyspeptycznych, jak to: niesmaku, odbijaniu, braku łaknienia, paleniu w okolicy żołądka, zgadze, a nawet uczuciu kwasów w połyku, przyczem istniało zajęcie głowy i ogólne znużenie. Chorzy leczeni byli albo z powodu nieżytu żołądka albo hypochondryi, aż pojawienie się napadu dny i charakterystycznego moczu wyjaśniło istotę choroby. W innych znów przypadkach okazało się przeciwnie, że bywały bóle właściwe w palcach lub stawach, jednak tak nieznaczne i krótkotrwające, że chorzy na nie szczególniejszej uwagi nie zwracali. Po takich napadach rozwinęły się przypadłości żołądkowe, które nagle lukulusowym obiadom kres położyły.

Czy w niestrawności uratycznej, sądząc po objawach podmiotowych, wydzielanie kw. żołądkowego jest zwiększonem, nie wiemy. Zdaje się jednak, że to nie ma miejsca, gdyż chorzy nie okazują zwykle nadmiernego pragnienia i łaknienia. Rozpoznanie niestrawności uratycznej jako utajonej dny (*arthritis*

larvata) jest wielce trudnem. Można jej istnienie przypuszczać, jeżeli wiemy że chory prowadził życie wykwintne, jeżeli w moczu jest większa ilość osadu moczanów, jeśli wobec przypadłości, wskazujących pozornie na nadmiernie kwaśną treść żołądka, nie istnieje nadmierne łaknienie, ani pragnienie.

Leczenie polega przedewszystkiem na przestrzeganiu dyety, jakiej wymaga diathesis uratica, a następnie użyciu wód alkalicznych (Karlsbad i t. p.) i kąpieli ciepłych.

XLVII. Zboczenia żołądkowe następowe.

Dyspepsiae consecutivae.

W przebiegu wielu chorób organicznych rozmaitych narządów dostrzegamy zboczenia gastryczne, które w mniemaniu chorych stanowią ich jedyną i najważniejszą chorobę. To też lekarz musi te stosunki bliżej znać i wszystkie narządy dobrze zbadać, aby się nie dać co do istoty choroby w błąd, wprowadzić. Poznawszy zaś źródło przypadłości gastrycznych (chorobę serca, wątroby i t. p.), należy leczenie stosować przeciw tym narządom, a nie przeciw objawom żołądkowym, które się jedynie dla pocieszenia pacyentów ich dobrej wierze i na przyszłość pozostawia.

1. Niestrawność w przebiegu gruźlicy płuc pojawia się bardzo często, jeżeli nastaje okres gorączkowy. Lecz tu pomyłka rozpoznawcza jest mniej prawdopodobną. Zdarza się jednak, że pierwszym objawem, na jaki się chorzy suchotniczy zaczynają uskarżać, jest niestrawność podmiotowa, pomimo, że przy uważnem badaniu narządu oddechowego jeszcze żadnych lub tylko wątpliwe objawy wykazać można. Przypominam sobie 35-letniego nauczyciela, który jeszcze w r. 1881 radził się mnie, jak i kilku innych lekarzy z powodu braku łaknienia i gniecenia w żołądku, które to objawy dla braku zmian w innych narządach, musiały być uważane jako miejscowe. Po 6 latach przedstawił mnie się ten sam chory z wybitnemi naciekami szczytowymi i stanem podgorączkowym, żaląc się jedynie tylko na te same dolegliwości żołądkowe, jakich doznawał przed 6 laty. Częstość tego rodzaju przypadków początkowej niestrawności w stosunku do ilości przypadków gruźlicy, zdaniem Marfana, zajmującego się tą sprawą szczegółowo, jest nieznaczna, aczkolwiek Hutchinson ocenia ją na 33%. Jednak wobec wielkiej częstości gruźlicy u nas, przypadki tego rodzaju mogą się lekarzowi dość często wydarzyć. Jakim przyczynom należy przypisać poprzedzenie gruźlicy płuc przez niestrawność, — trudno orzec, zwłaszcza, że zmiany gruźlicze w żołądku w postaci wrzodu gruźliczego, jakie z Zakładu patologicznego krakowskiego opisał prof. Pareński, jako też dr. W. Pisek, zdarzają się bardzo rzadko, ja zaś w kilku przypadkach suchot płucnych, badanych wewnętrznie, napotkałem zawsze sok żołądkowy dobrze trawiący. Pomyłka rozpoznawcza początkowej niestrawności gruźliczej, może się stać w swych następstwach szkodliwą, jeżeli do przypadłości żołądkowych skierowane zabiegi terapeutyczne polegają na ograniczeniu żywienia. Aczkolwiek niestrawność przeszkadza wielce lekowaniu i dobremu żywieniu chorych suchotniczych, to sądzę, że wobec przedmiotowego stanu żołądka, na tę niestrawność w zabiegach terapeutycznych wiele zważać nie potrzeba, gdyż żołądek u su-

chotników, pomimo przypadłości podmiotowych, może zwalczyć znaczną ilość pokarmów, jak to przypadki forsownego żywienia według Debove'go wykazują.

2. W chorobach wątroby, przyjmującej do swego obiegu krew żylną ze żołądka, pojawiają się często przypadłości żołądka „nieżytowe“ na tle zastoinowem. Przypadłości dyspeptyczne pojawiają się w przekrwieniu biernem, marskości i raku wątroby, czasem nawet wcześniej, nim można rozpoznać chorobę wątroby.

3. W chorobach serca (niedomykalności zastawkowej, osłabieniu lub zapaleniu przewłocznem mięśnia sercowego), pojawiają się zastoiny żylne w błonie śluzowej żołądka i przypadłości niestrawności, które z polepszeniem sprawy sercowej ustępują (*dyspepsia cardiaca*). Należy jednak i o tem pamiętać, że każde zaburzenie w mechanizmie trawienia żołądka (np. bębnica) powiększa dolegliwości sercowe z powodu ucisku lub drogą odruchową.

4. W zołzach, błednicy, małokrwistości wieku młodocianego objawy dyspeptyczne są bardzo częste i stoją na przeszkodzie leczeniu tych chorób, wymagających dobrego odżywiania się. Przyczyną niestrawności w tych przypadkach nie zdaje się być zaburzenie w chemizmie, ale w mechanizmie trawienia. Openchowski, jako też i Frantzen dostrzegali na zwierzętach, że żołądek wprowadzony w stan małokrwistości w skutek podwiązania naczyń doprowadzających krew do niego, wykonywa ruchy nieprawidłowe, a ostatecznie popada w stan porażenia. Spostrzeżenia kliniczne przemawiają też za tem, gdyż u chorych anemicznych niedowład mechaniczny żołądka jest bardzo częstym objawem.

5. W chorobach nerek pojawiają się często przypadłości dyspeptyczne, a niekiedy cały stan uremiczny przedstawia tylko objawy dyspetyczne. Ztąd też badanie moczu w chorobach żołądka nie powinno być zaniechanem. Może ono ochronić od jednej jeszcze bardzo ważnej pomyłki rozpoznawczej. Jeżeli chory podaje wzmożone łaknienie i pragnienie, to jest możliwość przypuszczenia zboczenia chorobowego żołądka, przebiegającego ze wzmożonem wydzielaniem soku żołądkowego, tymczasem może to być także objaw *diabetes mellitus*.

6. Wreszcie przypomnieć należy, że wszystkie choroby gorączkowe, zakaźne, jako też mózgowe, mogą się rozpoczynać od przypadłości gastrycznych: od braku łaknienia, nudności, wymiotów i t. d. i to w tym jeszcze okresie, kiedy niema żadnego podwyższenia ciepłoty. W okresach gorączkowych pojawiają się stale objawy niestrawności, a dr. Wolfram mógł wykazać w tym stadium stały brak kwasu żołądkowego i przyśpieszone wydalanie treści żołądkowej. Jedynym napojem oraz pokarmem, którego chorzy gorączkujący jeszcze pragną, okazuje się woda sodowa kwaśna (*aqua sodata acidula*, p. str. 4).

DODATEK.

XLVIII. Główne wskazówki dla badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka.

Ze względu, że w wielu przypadkach przypadłości żołądka towarzyszą chorobom innych narządów lub od nich są zależne, należy zawsze u chorego użalającego się na takowe, przeprowadzić wywiady i badanie systematyczne co do wszystkich narządów. Przyszedłszy z kolei do żołądka, należy zwrócić uwagę obok innych na następujące bardzo ważne okoliczności.

1. Wywiady (*anamnesis*) powinny przedewszystkiem obejmować następujące szczegóły: *a*) Wiek chorego ze względu na możliwość nowotworu *b*) Zajęcie i sposób żywienia się ze względu na zboczenia w sile wydzielniczej, przyczem należy uwzględnić, że u Izraelitów nadmierne wydzielanie kw. żołądkowego, a u Izraelitek przypadłości nerwowe żołądka są nadzwyczaj częstymi objawami. *c*) Trwanie cierpienia żołądka, ze względu na sprawy nowotworowe. *d*) Wzmożone łaknienie i pragnienie ze względu na możliwość rozstrzeni z nadmierną kwaśnością. *e*) Wymioty połączone z czkawką ze względu na przyrodę nerwową tychże. *f*) Wymiociny czy fusowate lub krwawe. *g*) Stolec czy czarny lub smołowo-mazisty.

2. Przy badaniu fizykalnem żołądka należy przedewszystkiem uwzględnić. *a*) Opór lub wyniosłości w okolicy żołądka. *b*) Występowanie pluskania w sześć godzin po obiedzie jakoteż w żołądku czczym.

3. Następnie należy przystąpić do badania wewnętrznego u chorych wrażliwych w 3—5 minut po zapędzlowaniu podniebienia miękkiego i połyku 5% rozczynem wyskokowym kokainy (p. XXII). Na podstawie tylko jednorazowego zbadania chorego, w czasie dowolnym, t. j. kiedy się chory przedstawi lekarzowi, można tylko bardzo ograniczone wyniki otrzymać i niepewne wnioski rozpoznawcze czynić. Dlatego, jeżeli chorego przynajmniej raz można sondować, to należy zbadać żołądek czczy (p. I) a treść wyciągniętą poddać badaniu mikroskopowemu i chemicznemu i zwrócić w niem przeważnie uwagę na składniki morfotyczne błony śluzowej, na obecność pokarmów, żółci, ilość kw. solnego i t. d. (p. XXIII i XXIV). Zbadanie wewnętrzne żołądka czczego jest co do swych wyników najważniejszem, o wiele

ważniejszem, niż badanie podczas trawienia. Niepowinno być nigdy zaniechanem, gdyż już samo przez się może wydać rozstrzygające wyniki np. w wypadkach zalegania pokarmów, lub obecności większych ilości soku żołądkowego. Po wyciągnięciu treści czczej można, jeżeli chory jest cierpliwym, zrobić próbę białkową na sześć kwadransów, lub podać śniadanie próbne z 1,0 gramem salolu (E.), albo przynajmniej podać wodę lodową (p. II). Jeżeli można mieć chorego przez kilka dni w obserwacyi, na co lekarz dla dokładności i pewności rozpoznania nalegać powinien, a co przy braku kw. solnego jest koniecznem, to należy choremu podawać o godz. dziewiątej wieczerzę próbną (p. XVIII str. 43), i przynajmniej naczczo przekonać się, czy żołądek się wypróżnił, a następnie w celu zbadania żołądka na szczycie trawienia uskutecznić próbę białkową po trzech kwadransach, albo śniadanie próbne po godzinie, lub zamiast tych obiad próbny po pięciu godzinach. Nazajutrz w celu zbadania czasu wydalania treści żołądkowej w podobny sposób wykonać próbę białkową po sześciu kwadransach, lub obiadu próbnego po 7 godzinach. Im więcej rozmaitych równorzędnych prób się uskuteczni, tem zoryentowanie się w danym przypadku jest łatwiejsze a rozpoznanie pewniejsze. Aby chociaż do prawdopodobnego wyniku dojść, potrzeba chorego z rzędu przynajmniej przez trzy poranki badać. Rzadko jednak mając chorego, do sondowania nieprzywykłego, można wyniki pierwszego i drugiego sondowania do celów rozpoznawczych zużytkować, dlatego chcąc dojść do celu trzeba badaniu więcej, niż trzy dni poświęcić, zwłaszcza, że jeszcze w przypadkach braku kw. solnego przyjdzie zbadać siłę wydzielniczą błony śluzowej co do pepsyny i fermentu sernikowego (p. XII i LII 8).

4. Wyniki badania wewnętrznego należy dla łatwiejszego przeglądu zestawić w następującą tablicę na str. 115:

5. Przy robieniu rozpoznania z wyników badania należy przedewszystkiem rozróżnić, czy dane cierpienie żołądkowe jest samoistnem, lub następowem, albo też towarzyszącem zboczeniom chorobowym innych narządów. Przy samoistnej chorobie żołądka należy rozróżnić, czy jest ona organiczną, czyli też nerwicą (p. XXVII). Jeżeli jest choroba organiczna, to trzeba mieć na względzie, czy przebiega ze wzmożeniem, czyli też ze zmniejszeniem siły wydzielniczej lub motorycznej; a wreszcie jaka możliwa zmiana anatomiczna toczy się w żołądku. W przypadku zboczenia na tle nerwowem należy ocenić, który czynnik funkcyi żołądka jest przeważnie zajęty, a następnie czy siedziba choroby jest obwodową czy ośrodkową.

6. W przebiegu leczenia chorób żołądka, a szczególniej polegających na zmianie siły wydzielniczej lub motorycznej, należy kontrolować postęp leczenia przez badanie wewnętrzne, przeprowadzając je raz lub dwa razy, co dwa tygodnie. Ze względu, że przypadłości żołądkowe nie zawsze idą w parze ze zmianami przedmiotowemi, nie powinno się skutku leczenia oceniać tylko po zmianie w przypadłościach podmiotowych. Kierując się bowiem temi ostatniemi, można chorego wypuścić albo za wcześnie z leczenia, nim jeszcze siła wydzielnicza lub wydalanie rzeczywiście się poprawiło, a tylko przy przestrzeganiu pewnej dyety i leczenia choroba nie przedstawia przypadłości podmiotowych, czyli choroba jest zamaskowaną, by wkrótce znów powrócić; albo

Rozbiór treści żołądkowej.

A. Badanic chemiczne (p. XXIV).

	I *)	II i t. d.
Ilość płynu aspirowanego ze żołądka		
Wygląd i własności fizykalne treści żołądkowej		
" " " przesączu		
Oddziaływanie		
Kwas solny		
Kwas mlekowy		
Kwasy tłuszczowe		
Stopień kwasoty		
Śluz		
Białka rozpuszczalne		
Pepton, propepton		
Cukier (maltoza)		
Erytro-, i achroo-dekstryna		
Skrobia rozpuszczalna		
Żółć		
Próba sztucznego trawienia		
" " " po dodaniu HCl		
Próba na ferment sernikowy p. LII. 8.		
" " " " przygotowawczy		
Ciecz przepłóczkowa zawiera		

Siła wydzielnicza pepsyny i fermentu sernikowego po wprowadzeniu kw. solnego do żołądka (J.) (p. XII str. 19).

B. Badanie mikroskopowe treści czczej (p. XXIII).

Jądra ciałek wypocinowych.
Komórki śluzowe.
Przybłonek wałeczkowy.
Gruczoły trawieńcowe złuszczone.
Strzępy błony śluzowej.
Drobnoustroje.
Resztki pokarmów.
Inne składniki.
Badanie na składniki krwi.
Uwagi.

---

*) W pojedyncze przedziałki wpisuje się wyniki następujących prób (p. ust. II):
I. Treść ze żołądka czczego bez lub po wlaniu 100 cm.^{3} wody przekroplonej (J.).
II. Metoda białkowa po 3 kwadransach (G. i J.).
III. Metoda białkowa po 6 kwadransach (G. i J.).
IV. Próba sagowa (J.).
V. Metoda lodowa zmodyfikowana (J. i G.).
VI. Śniadanie próbne (E.).
VII. Obiad próbny po 5 godzinach (R.).
VIII. Obiad próbny po 7 godzinach (L.).

może zajść wypadek, że chorego za długo się leczy w tym kierunku, że używane środki lecznicze zbyt obniżyły siłę wydzielniczą, albo przeciwnie nie wpłynęły na zboczenie czynnościowe lub anatomiczne żołądka i tylko symptomatycznie usuwały dolegliwości żołądkowe, leczenia przeto albo zaprzestać, albo je zmienić należało. Chorzy np. w Karlsbadzie popełniają często ten błąd leczniczy, że uczuwając po 2—3 tygodniach zmniejszenie przypadłości żołądkowych, uważają się już za zdrowych i nalegają na lekarza, by leczenie kończył, pomimo, że przez badanie wewnętrzne daje się dopiero nieznaczne przedmiotowe polepszenie stwierdzić. W tak bowiem krótkim czasie przewłoczne zmiany anatomiczne w żołądku nie mogły być usunięte; to też tacy chorzy odjeżdżając ze zamaskowanym tylko stanem chorobowym, doznają przykrego rozczarowania, że dawne dolegliwości po kilku miesiącach znów wracają. Rzadziej zdarza się, że chorzy szczególniej Izraelici, za długo i nadmiernie używają leczenia karlsbadzkiego, pijąc po kilkanaście kubków wody mineralnej dziennie, żywiąc się przytem niedostatecznie. Przez to sprowadzają w żołądku albo niedomogę wydzielniczą, albo częściej niedowład mechaniczny wobec pojawienia się małokrwistości, obniżenia ciężaru ciała i ogólnego osłabienia.

XLIX. O środkach wypróżniających stosowanych w przebiegu nawykowego zaparcia stolca. (*Obstipatio habitualis*).

W przebiegu leczenia chorób żołądka zdarzają się nadzwyczaj często zboczenia w oddawaniu stolca. O wiele częściej ma tu lekarz do czynienia z zaparciem, aniżeli z biegunką. Do zaparcia stolca usposabiają albo same choroby żołądka albo sposoby leczenia tychże. Najczęściej towarzyszy zaparcie stolca następującym zmianom chorobowym żołądka: *atonia et ectasia ventriculi, stenosis pylori, catarrhus acidus majoris gradus, anorexia nervosa, dyspepsia hysterica et neurasthenica.* W innych przypadkach wytwarza się zaparcie stolca podczas leczenia chorób żołądka, a mianowicie w tych przypadkach, w których należy zmniejszyć ilość pokarmów lub płynów, albo zalecić spokój bezwzględny, jak to ma np. miejsce we wrzodzie żołądka. Te przyczyny uzna dopiero lekarz na samym końcu jako wywołujące zaparcie, a poszukiwania swoje zwróci w tym kierunku, czy zboczenie w oddawaniu stolca nie jest objawem samoistnym, niezależnym od choroby żołądka. Od wyszukania przyczyny rzeczywistej zależy skuteczne leczenie zaparcia stolca. Chcę przeto tu pokrótce przypomnieć najważniejsze momenta etyologiczne, pociągające za sobą utrudnienie w oddawaniu stolca.

1. N i e s t o s o w n e ż y w i e n i e się pomimo braku choroby ze strony jelit, jakoto: Używanie pokarmów w małej tylko ilości, wyłączne używanie pokarmów białkowych lub strączkowych, niedostateczne picie wody, lub użycie wody zbyt twardej jaką np. jest krakowska, jednostajność w pokarmach stępiająca wrażliwość ścian jelit, nadużywanie środków przeczyszczających i t. p.

2. N i e o d p o w i e d n e z a c h o w a n i e s i ę d o w y m a g a ń c z y n n o ś c i j e l i t. Mianowicie Williams zwrócił niedawno uwagę na tę okoliczność, że obecny sposób oddawania stolca, siedząc na desce klozetowej nie odpowiada wymaganiom fizyologicznym, z powodu że nie wszystkie mięśnie tłoczni

brzusznej mogą być równocześnie w czynność wprowadzone. Tenże autor uważa za najodpowiedniejszą postawę przy oddawaniu stolca przykucnienie, jak to się na wolnem polu dzieje, a który to sposób daje się jeszcze najlepiej naśladować w domu przez oddawanie stolca na nocniku. Przestrzegając tę ostrożność od 20 lat rzadko kiedy potrzebował Williams podawać swoim pacyentom środki przeczyszczające. Następnie należy tu wymienić: umyślne powstrzymywanie oddawania stolca, życie sedenteryjne w biurach i warsztatach, jakoteż leżenie w łóżku podczas chorób.

3. Niedostateczne wydzielanie się soków do przewodu pokarmowego, np. żółci, jak to ma miejsce w chorobach z żółtaczką przebiegających, albo w chorobach połączonych z wielką utratą wody przez poty lub mocz w *polyarthritis acuta*, *phthisis pulmonum*, *intermittens*, *diabetes insipidus et mellitus*. W stanie fizyologicznym prowadzi do zagęszczenia zawartości jelit nadmierna praca fizyczna, jeżeli sprowadza zbytne pocenie się, co także następuje podczas używania łaźni i kąpieli gorących.

4. Zwiększona długość jelita grubego, a wskutek tego większa liczba zgięć i ostrzejsza kątowatość tychże, w szczególności zaś opadnięcie poprzecznicy, przybierającej wtedy postać litery M.

5. Wiotkość i osłabienie mięśni brzusznych zwłaszcza u starców i u kobiet wielokrotnie rodzących, u których wytwarza się brzuch obwisły, przez to powstają łatwo zgięcia i opadnięcia pętli jelit sprzyjające gromadzeniu się kału, podczas gdy siła tłoczni brzusznej okazuje się osłabioną.

6. Zmniejszenie kurczliwości ścian jelit lub zanik tychże, pojawiające się w wieku starczym lub w chorobach przebiegających z wychudnieniem i małokrwistością.

7. Nieżyty jelit częściowe lub całkowite tak w postaci śluzowej jak i zanikowej. W skutek pierwszego stają się ściany jelit grubsze, a mniej wrażliwe na drażnienie zawartości, w skutek drugiego stają się jelita niedowładne. Upośledzenie w oddawaniu stolca pojawia się także i w nieżycie następowym w skutek utrudnionego odpływu krwi żylnej w chorobach wątroby, serca i płuc.

8. Zapalenie odbytnicy, szczelina życi, guzy krwawnicowe przeszkadzają oddawaniu stolca albo z powodu skurczu zwieraczy albo bólu pojawiającego się podczas wypróżnień.

9. Przylutowanie jelita z innymi narządami (wątrobą, pęcherzykiem żółciowym, macicą, jajnikiem i t. d.) lub z pętlami jelit między sobą w skutek zapaleń zlepnych; zaciśnięcie jelita błonami wrzekomemi. Wskutek tych nieprawidłowości doznaje jelito albo upośledzenia swych ruchów, albo zmniejszenia światła. Według Virchowa częściej zdarzają się zrosty, a wskutek nich przegięcia, zwężenia i zmiany w położeniu wzdłuż jelita grubego, niż cienkiego i one to mają stanowić dość częstą przyczynę nawykowego zaparcia stolca.

10. Zmniejszenie światła jelita przez zwężenia wskutek blizn po czerwonce, durze brzusznym, wskutek przerostu fałdów lub wybujałości

polipowatych błony śluzowej, a wreszcie wskutek zajęcia ścian jelit przez nowotwory.

11. Ucisk zewnętrzny na jelita przez nerkę ruchomą, macicę w tył przegiętą, tumory jakiekolwiek, mieszczące się w jamie brzusznej.

12. Wpływy nerwowe biorące swój początek w ośrodkach nerwowych, jak w myelitis, melancholii, hysteryi, neurastenii, a nawet zbytne zajęcie się pracą umysłową, mogą działać hamująco na ruchy jelit.

13. Nadużywanie ciał chemicznych obniżających czynność jelit, jako to: makowca, ałunu, taniny, przetworów ołowiu, srebra i t. d.

Wyśledziwszy jednę z powyższych przyczyn utrudnienia wypróżnień, należy starać się ją usunąć. Jednak w bardzo wielu przypadkach właściwa przyczyna na pewno odszukać się nie da, a wtenczas stawiamy rozpoznanie: nawykowe zaparcie stolca (*obstipatio habitualis*), które w zboczeniach chorobowych jelit ma to nieokreślone znaczenie, co rozpoznanie dyspepsyi w chorobach żołądka. To też w leczeniu tego zboczenia w czynności jelit, postępujemy sposobami przez empiryą wskazanymi a bardzo często tylko symptomatycznie działającymi. Środki, jakichbyśmy niejednokrotnie użyli w celu leczenia zaparcia stolca, nie są zawsze zgodne z leczeniem, jakiego wymaga cierpienie żołądka, i mogło by nawet często to ostatnie pogorszyć. Stąd należy w wyborze środków wypróżniających być oględnym, mając równocześnie do leczenia chorobę żołądka. To też w niniejszym ustępie traktowane będą środki przeciw zaparciu stolca z uwzględnieniem ich wpływu na zmiany chorobowe żołądka. Postawienie wskazania, kiedy należy zaparcie stolca, jako stan chorobowy leczyć, nie jest łatwem. Dwu lub trójdniowego zatrzymania się wypróżnień, stosując u chorego żołądkowego ściślejszą dyetę, nie można jeszcze uważać za chorobowe zaparcie stolca. Są jednak pacyenci, którzy już po jednodniowem zatrzymaniu się stolca uskarżają się na znaczne przypadłości podmiotowe, i tak natarczywie żądają sprowadzenia wypróżnień, że lekarz ich życzeniu oprzeć się nie jest w stanie. Przy stosowaniu środków wypróżniających należy uwzględnić następujące uwagi: a) Środek leczniczy ma być dobrany odpowiednio do przypuszczalnej przyczyny wywołującej zboczenie w czynności jelit i zastosowany do indywidualności chorego. b) Należy rozpoczynać od najsłabszych czynników i stosować je w najmniejszych, jeszcze skutecznych dawkach. c) Zmieniać je często i robić przestanki, aby uchronić ustrój od stępienia wrażliwości na używane środki.

1. W pierwszym rzędzie staramy się wpłynąć na prawidłowość wypróżnień przez zalecenie odpowiedniego żywienia się. Ma ono być w ogólności mięszane (mięsne i roślinne), i w dostatecznej ilości użyte. W szczególności pewne napoje i pokarmy zwłaszcza roślinne działają przyśpieszająco na wypróżnienia, co jednak zależnem jest w znacznej mierze od indywidualności. Środek bowiem u jednego pacyenta bardzo skuteczny zawodzi u drugiego, a nawet przeciwny może sprawić skutek, bo zwiększenie zaparcia stolca

a. Z napojów sprzyjają wypróżnieniom: picie wody zimnej zwyczajnej lub sodowej po szklance tak na czczo jakoteż przed każdem jedzeniem;

picie mlecznej kawy słodzonej manną, miodem albo cukrem mlecznym (Traube). Niektórzy chorzy utrzymują, że po wypaleniu fajki po kawie lub obiedzie doznają stale pobudzenia do oddawania stolca. Następnie sprawia picie kwaśnego mleka, maślanki, kefiru młodego tak naczczo jakoteż pośród dnia częstokroć po kilka nawet wypróżnień dziennie. Ostatecznie używanie kwaskowatych białych win, moszczu, jabłecznika, jakoteż odwarów owocowych, jak jabłek i śliwek wypitych przed jedzeniem, sprowadza stolce, w ostatnich wypadkach z wywiązaniem gazów. U dzieci wystarcza często do wywołania wypróżnień słodzenie mleka, kawy lub lekkiej herbaty manną (5—10 gm.; 1—2 dr.) albo mannitem (0,05—0,15 gm.; $^4/_5$—$2^1/_2$ gn.). Powyższych na pozór niewinnych środków używać nie możemy przy istnieniu rozstrzeni trwałej żołądka, zaciśnięciu odźwiernika i w wymiotach nerwowych.

b. Z pokarmów stałych bywają uważane jako wypróżniające: Owoce kwaskowate, surowe śliwki, jabłka, maliny, agrest, pożyczki, a przedewszystkiem winogrona, których można zjadać dziennie do 3 kilogr. Te same owoce mogą być zasuszone, a potem ugotowane. Nierzadko sprawiają surowe owoce wywiązywanie się gazów i bębnicę jelit. Lepiej bywają one znoszone, jeżeli ugotuje się je na kompot lub powidła albo rozetrze na marmoladę. Z powidła dostrzegałem w wielu przypadkach pożądany skutek, podając je spożywać po dwie łyżki 2—3 razy dziennie, a czasem nawet w postaci powidlanki spożytej dwa razy dziennie; E. zaleca mięszaninę z dwóch części powidła i jednej fig. Te ostatnie same, rano i na noc użyte sprowadzają u niektórych osób wypróżnienia. Wreszcie pierniki i potrawy słodzone miodem lub manną kalabryjską mogą się przyczyniać do wypróżnień. Do środków często używanych przeciw zaparciu stolca należy chleb razowy, zawierający domieszkę pewnej ilości otrębów, zwany chlebem Grahama. Używa go się zwykle razem z mlekiem kwaśnem. Skutkuje on tylko u tych osób, które przyzwyczajone są do pokarmów bardzo łatwo strawnych i działa u nich wypróżniająco przez podrażnienie ścian jelita twardymi odłamkami błonnika. U osób przyzwyczajonych do pokarmów niestrawnych sprawia chleb razowy zatrzymanie stolca. Ten sam cel osiąga się według doświadczeń klinicznych T. Kaczorowskiego przez podawanie rano, a w razie potrzeby i wieczorem jednej łyżeczki żwiru, t. j. piasku wielkości ziarn siemienia wprzód wodą gorącą wymytego, albo nasion gorczycy białej lub lnu, zalecanych do niedawna ze strony francuzkiej. Ostatni środek w ilości jednej łyżeczki od kawy, namoczony w małej ilości wody i spożyty przy jedzeniu uważa Dujardin-Beaumetz jako polecenia godny. Trzeba jednak mieć na względzie tę okoliczność, że przez zgromadzenie się takich ziarn w jelitach, powstanie niedrożności tychże nie jest wykluczone. Jarzyny, jak szpinak, sałata, a szczególniej marchew i buraki sprawiają obfite i wiele wody zawierające stolce (Rubner), są przeto pożądanym dodatkiem do pokarmów mięsnych w celu ułatwienia wypróżnień. Wspomnieć jeszcze należy o szczególnej wrażliwości jelit u pojedyńczych osób na obojętne zresztą potrawy np. na zupę rakową, grzyby i t. p., po użyciu których może się pojawić silna biegunka, jakby po silnym środku rozwalniającym.

Rozumie się samo przez się, że stosując powyższe pokarmy będziemy ró-

wnocześnie kilka takowych stosować, układając z nich dyetę dzienną. I tak w jednym przypadku nawykowego zaparcia stolca u 40-letniego urzędnika skuteczną okazała się następująca dyeta: Naczczo, łyżka powidła i szklanka wody sodowej zimnej, na śniadanie kawa mleczna i chleb razowy z masłem, na drugie śniadanie łyżka powidła i kawałek chleba razowego, na obiad barszcz, mięso gotowane i pieczone z kompotem, ryż i wino austryackie białe, na podwieczorek szklanka kwaśnego mleka, na wieczerzę pieczeń z kompotem, na noc szklanka mleka kwaśnego. Środki jednak pod b. wymienione mają wobec chorób żołądka tylko ograniczone zastosowanie; mogą one być użyte w nieżycie śluzowym i zanikowym i w niektórych wypadkach nerwic, zależnie zupełnie od indywidualności chorego. We wszystkich innych przypadkach stosowanie ich jest przeciwwskazane, gdyż one dłużej, niż ciała białkowate w żołądku zalegają, a ściany jego w wyższym stopniu podrażniają. Nadto nie można tych pokarmów stosować, jeżeli chory cierpi na bębnicę jelit, a oddziaływanie stolców jest kwaśne (Bamberger).

2. L e c z e n i e m e c h a n i c z n e zaparcia stolca odbywa się w rozmaity sposób.

a. R u c h c i a ł a i ć w i c z e n i a g i m n a s t y c z n e. Mierna przechadzka przez $^1/_2$—1 godziny po jedzeniu działa pobudzająco na odbytnicę i zgięcie esowate. Bezpośrednio można zadziałać na mięśnie tłoczni brzusznej, a pośrednio na jelita przez wykonywanie pewnych ruchów ciała (gimnastyki pokojowej lub szwedzkiej) *) jako to: przeginanie tułowia ku przodowi i tyłowi, na lewo i prawo, zwracanie tułowia raz ku lewej drugi raz ku prawej stronie, te same zwroty połączone z przeginaniem tułowia na prawo i lewo, te same zwroty z przeginaniem się w tył, a ostatecznie przysiadanie i podnoszenie się, lub podnoszenie się z poziomego położenia (pozycyi leżącej). Każdy z powyższych ruchów wykonywa się co najwięcej 10 razy. Ćwiczeń gimnastycznych zabraniamy we wrzodzie i raku żołądka, w przypadkach nerwic ruchowych, jakoteż w zbytniem wychudnieniu, jeżeli chory dostatecznej ilości pokarmów nie spożywa.

b. M i ę s i e n i e b r z u c h a od niepamiętnych czasów między naszym ludem wiejskim praktykowane, wykonywa się według Reibmayr'a w pozycyi leżącej przy zgiętych kolanach i obejmuje następujące rękoczyny: α) Ugniatanie końcami palców polega na tem, że rękę opiera się na palcu wielkim w okolicy pępka a wtłaczając końce trzech długich palców zakreśla się coraz szersze ruchy koliste. β) Ugniatanie d ł o n i ą polega przeciwnie na tem, że końce palców są nieczynne, podczas gdy wtłaczając przygarstkową część dłoni do jamy brzusznej zakreśla się nią coraz większe koło naokoło pępka. γ) W y c i s k a n i e jelit odbywa się w ten sposób, że kładzie się końce palców ręki prawej w pachwinę prawą, a naciskając posuwa się palce wzdłuż przebiegu jelita ślepego i wstępującego. Ciśnienie na jelito zwiększa się przez nałożenie końców palców ręki lewej na palce ręki prawej. Jelito zstępujące i zagięcie eso-

---

*) Do szczegółowego wykonania poleca się dziełko Edwarda Madeyskiego „Gimnastyka pokojowa". Lwów 1885.

wate w ten sam sposób się wyciska, idąc jednak za przebiegiem tegoż od góry do pachwiny lewej.

Miętoszenie jelit i wstrząsanie brzucha. Pierwsze postępowanie zalecane gorąco przez Ziemssena odbywa się w ten sposób, że wciskając wielkie palce w jamę brzuszną, chwyta się w kierunku przebiegu okrężnicy czterema palcami obu rąk jak najgłębiej powłoki brzuszne, a z niemi i jelito grube i miętosi się je silnie. W ten sposób postępuje się wzdłuż przebiegu całej okrężnicy. Tak samo staramy się uchwytywać i jelita cienkie naokoło pępka. Wstrząsanie zaś brzucha odbywa się przez silniejsze naciskanie powłok brzusznych obydwoma rękami i szybkie odejmowanie ich.

Mięsienie brzucha trwa przeciętnie przez półgodziny i nie powinno się nigdy odbywać tuż po jedzeniu, w wypadkach bolesnych nowotworów w jamie brzusznej, w owrzodzeniach żołądka lub jelit, jako też w nerwicach ruchowych żołądka. U wielu pacyentów wykonanie mięsienia staje się łatwiejszem, jeżeli pod lędźwie podłoży się poduszkę. Jakość tłuszczu użytego przy mięsieniu jest obojętną.

c. Tu należy wspomnieć o samomięsieniu poleconem ostatniemi czasy przez Sahli'ego a polegającem na tem, że pacyent bierze kulę żelazną o ciężarze $1^1/_2$—2 kg. i toczy ją począwszy od pachwiny prawej w kierunku przebiegu jelita grubego przez 5—10 minut, wieczorem położywszy się do łóżka, a rano mając wstawać. Zalecałem ten sposób mięsienia chorym, lecz wobec innych równocześnie stosowanych czynników trudno mi orzec, ile z osiągniętego skutku wypada na karb samego zabiegu.

d. Mechaniczne leczenie nawykowego zaparcia stolca podane przez L. Ewera obejmuje następujące szczegóły: α) Poleca się chorym, aby wykonywali głębokie wdechy i wydechy, a to w celu zwiększenia nacisku na jelita. β) Ćwiczenie mięśni brzusznych prostych i skośnych odbywa się w ten sposób, że każe się pacyentowi siąść przed stołem, a opierając się o niego robić nachylenia tułowia najprzód wprost ku przodowi, potem ze zwrotami na prawo i lewo, podczas gdy za plecami stojący lekarz, trzymając pacyenta za barki pociąga go za każdym razem ku tyłowi, przeciwdziałając w ten sposób możności wykonywania nachyleń ku przodowi. Z każdego z tych rodzajów ruchów robi przy jednem posiedzeniu po kilkanaście. γ) Mięsienie jelit przez powłoki brzuszne.

e. Do zabiegów mechanicznych należy także podtrzymywanie powłok brzusznych przez suche opaski, a należy je używać przy obwisłym brzuchu a zwłaszcza w rozstępie mięśni prostych, co najczęściej zdarza się u kobiet po wielokrotnych porodach. Podpaską wzmacniamy tłocznię brzuszną i przeszkadzamy opadnięciu pętli jelit przeciążonych kałem w jedno miejsce.

f. Zabieg mechaniczny stanowi również wygarnywanie kału szpatułką z odbytnicy, co staje się niekiedy koniecznem u starców, albo kobiet, które kilkakrotnie ciążę przebyły, lub u obłożnie chorych, a wreszcie w przypadkach szczeliny lub gazów krwawnicowych odbytnicy. Między zewnętrznym a wewnętrznym zwieraczem może się tak znaczna ilość twardego kału nagromadzić, że przez otwór stolcowy przedostać się nie może, po-

mimo stosowania środków przeczyszczających. Wprowadzanie lawatyw bywa także udaremnione, gdyż masy kałowe wody do jelita nie przepuszczają.

4. Stosowanie elektryczności w leczeniu zaparcia stolca jest bardzo racyonalnem, gdyż przez powłoki brzuszne można silnymi prądami wywołać skurcze jelit, pobudzić narządy brzuszne do obfitszego wydzielania, podnieść innerwacyą jelit, a przytem zmniejszyć uczucie pełności i rozprężenia, tak wielce trapiące osoby hysteryczne i hypochondryczne. Choroby żołądka rzadko tylko stają na przeszkodzie zabiegom elektrycznym (np. świeży wrzód okrągły), najczęściej sprzyjają ich leczeniu. Działanie prądu na jelita ogranicza się tylko na przestrzeń odpowiadającą wielkości przyłożonej elektrody. Dlatego Ziemssen wykonywa elektryzowanie jelit, kładąc jedną elektrodę pokrywającą całkowicie powłoki brzuszne na brzuch, a drugą tej samej wielkości na część lędźwiową odpowiadającą jamie brzusznej. Używa on bardzo silnych prądów tak przerywanych jak i stałych o natężeniu 4 M. A. na co potrzeba 50—60 ogniw Siemensa, a nadto zmienia podczas elektryzowania kierunek prądu w celu podniesienia jego działania. Według Ziemssena jest to racyonalniejszy i skuteczniejszy sposób stosowania prądu, niż dotąd polecane, jako to: przykładanie zwyczajnych elektrod prądu przerywanego do różnych punktów powłok brzusznych, albo wkładanie jednej elektrody gałkowatej prądu przerywanego do odbytnicy, a drugiej na różne punkty powłok brzusznych. G. Leubuscher stosował przez 3—5 tygodni codziennie po 10—15 minut prąd stały, miarkując jego natężenie według podmiotowego uczucia chorego, w ten sposób, że wkładał katodę do odbytnicy, a anodę posuwał na powłokach brzusznych wzdłuż przebiegu jelit i otrzymał u 13 na 15 chorych na razie wyniki zadawalniające. Lecz tylko u 4 pacyentów były one trwałe, u innych zaparcie stolca powróciło wkrótce. Dlatego radzi Leubuscher używać przeciw nawykowemu zatkaniu stolca także i mięsienia, a to w przypadkach, jeżeli ono pochodzi ze zwiotczenia ścian brzusznych, ze zaniku ścian jelit, po przebytych nieżytach jelit, wskutek chorób serca lub płuc, jako też przy istnieniu punktów bolesnych w dołku podsercowym lub w pachwinach.

Wreszcie można elektryzowanie z mięsieniem w ten sposób połączyć, że eletroda posuwana po powłokach brzusznych ma postać walca metalowego około swej osi obracalnego, podczas gdy druga znajduje się w odbytnicy.

5. Zabiegi wodolecznicze działają jako środek termiczny pobudzający czynność jelit i bywają stosowane w rozmaitych formach: a) Nacierania powłok brzusznych w kierunku okrężnicy płatem zamaczanym w zimnej wodzie przez 2—3 minuty, raz lub dwa razy dziennie, poczem wyciera się skórę na sucho, i jeżeli można poleca przechadzkę. U niektórych osób skutkują okłady zimne na brzuch zmieniane kilka razy dziennie. b) Kąpiele nasiadowe od 20° R. począwszy na dół. c) Natryski zimne ½—2 minut trwające stosowane na powłoki brzuszne i na odbytnicę. d) Szczególniej uważać należy jako środek silnie pobudzający (*tonicum*) jelita, natrysk szkocki polegający na tem, że na powłoki brzuszne wpuszcza się strumień wody naprzemian co 20 sekund o ciepłocie 30° i 12°. Trwanie natrysku wynosi 2—3 minut. Wszystkie zabiegi hydryatyczne nie mogą być tuż po jedze-

niu przedsiębrane. e) Należy tu jeszcze noszenie okładów wysychających i opasek wilgotnych na brzuchu. Skutki pomyślne z takowych widziałem raczej w biegunkach, aniżeli w zaparciu stolca.

Nadmienić jeszcze wypada, że udaje się także wywołać stolce przez nagłe oziębienie ścian brzusznych wprowadzając na nie zapomocą rozpylacza eter zwyczajny. Takim natryskiem eterycznym, stosując go dwa razy dziennie, można do pewnego stopnia zastąpić zabiegi hydryatyczne.

6. Leczenie zdrojowe jako nie wchodzące w zakres leczenia domowego, pozostawiam podręcznikom balneoterapeutycznym.

Co do kąpiel morskich to nadmienić trzeba, że przy nawykowem aparciu stolca należy wybierać miejsca kąpielowe o silnem falowaniu jakie się znajdują na brzegach morza północnego i atlantyckiego: Norderney, Helgoland, Blankenberghe, Scheveningen, Borkum, Zandvoort, Dunkierka, Wyck auf Föhr, Westerland, Boulogne sur mer, Trouville.

Dotąd wymienione zabiegi lecznicze przeciw zaparciu stolca wymagają systematycznego postępowania trwającego przez dłuższy czas. Wymagania tak szczegółowego leczenia nie dają się częstokroć pogodzić, ani z zajęciem domowem chorego, ani z czasem, jaki lekarz jednemu poświęcić może, przeto najskuteczniej powyższe sposoby leczenia w specyalnie urządzonych zakładach przeprowadzone być mogą. Lecz często jest lekarz zmuszony leczyć zaparcie stolca wobec codziennych zajęć pacyenta. A jeżeli nie zawsze udaje się w tych warunkach przeprowadzić doszczętne wyleczenie cierpienia, to przynajmniej można je znacznie złagodzić leczeniem symptomatycznem. Do tego używa się leków bezpośrednio na jelita działających, wprowadzonych albo przez odbytnicę, albo przez żołądek.

7. Do zadziałania na jelita przez odbytnicę istnieją rozmaite środki i sposoby. Wszystkie są podczas leczenia chorób żołądka tem więcej pożądane, że nietylko nie wpływają ujemnie na cierpienie żołądka, ale owszem znoszą zwrotne działanie jelit na żołądek.

a. Przepłókiwania czyli irrygacye jelit. Najprostszy przyrząd do tego celu służący, niewymagający nawet lejka, przedstawia 2—3 metrów długa rurka kauczukowa, której jeden koniec przechodzi przez pierścień dający się przyczepić do brzegu jakiegokolwiek naczynia napełnionego wodą i znajdującego się na podwyższeniu, a drugi zakończony rurką twardą zaciśniętą kurkiem lub ściskaczem, a dozwalającą się łatwo wprowadzić do odbytnicy. Ciecz wciągnięta wprzód do rurki kauczukowej tworzy lewar, z którego według wysokości wzniesienia naczynia ciecz chyżej lub powolniej do jelit wpływa. Ciecz wprowadzona przez odbytnicę dostaje się przy prawidłowych stosunkach tylko do zastawki Bauhini'ego. Do tego trzeba użyć trzech lub więcej litrów wody; przeciętnie liczy się na jednę irrygacyą $1^1/_2$—2 litrów. Wprowadzenie cieczy, może się odbywać albo stojąco, albo lepiej leżąco wna boku prawym. Ciepłota wody wynosi około 30°. Irrygacye uskutecznia się zwykle co drugi dzień, a omija się czas bezpośrednio po jedzeniu. Dla ułaZtienia wypróżnienia należy ugniatać jelito w kierunku przebiegu okrężnicy. z wielu stron daje się słyszeć zarzut, że wypróżnienia jelit przez przepłókiwa-

nie osłabia kurczliwość tychże i staje się z czasem nieskutecznem. Ja tego nie dostrzegałem. Znam bowiem osoby, które od 10 lat co drugi lub trzeci dzień (częściej nie polecam) ze stale dobrym skutkiem używają irrygacyi wodnych w ilości $1^1/_2$—2 litrów. Przepłókiwania raz wodą zimną o ciepłocie 15—20°, drugi raz ciepłą o 35°, ma tę korzyść, że sprzyja zwiększeniu kurczliwości ścian jelit. Ten skutek osiąga się w nawykowem zaparciu obniżając ciepłotę wody używanej codziennie o 1° poczynając od 24°—10° R. (Monti) lub wprowadzając trzy razy dziennie po pół szklanki świeżej wody studziennej do odbytnicy.

P r z e p ł ó k i w a n i a j e l i t r o z c z y n a m i s o l n y m i (solą kuchenną, sodą lub solą glauberską, solą morszyńską, solą karlsbadzką) stosują się, jeżeli przepłókiwania wodne nie odnoszą skutku. W razach częstszego używania przepłókiwań solnych nie należy używać rozczynów więcej zgęszczonych jak $1^1/_2$% to jest jednę łyżkę soli na litr wody, gdyż mogą powstać krwotoki kapilarne. Zamiast rozczynów solnych można stosować wody mineralne podobnego składu, jak morszyńską, karlsbadzką, maryenbadzką.

P r z e p ł ó k i w a n i a n a p a r a m i k m i n k u l u b r u m i a n k u (łyżka na litr wody) mają dobry skutek, jeżeli obok zaparcia stolca istnieje bębnica jelit. Od kilku pacyentów słyszałem, że obfitych wypróżnień doznają po l a w a t y w a c h z k e f i r u l u b k w a ś n e g o m l e k a d o b r z e z m ą c o n e g o.

b. Jako leki wypróżniające wprowadzone do odbytnicy okazały się skutecznymi:

α) S o l e r o z p u s z c z a l n e jak: *magnesia sulfurica*, *natrium sulfuricum*, *natrium chloratum*, sól morszyńska lub karlsbadzka w rozczynach 5—10%. W celu użycia rozpuszcza się łyżkę soli w szklance wody ciepłej i wstrzykuje do odbytnicy. Skutek następuje najdalej po godzinie.

S k u t e c z n e l e w a t y w y wypróżniające są jeszcze następujące: 2 łyżki oleju rącznikowego, ubite z 1—2 żółtek i dodane od $^1/_2$—1 litra wody czystej lub mydlanej. *Potio laxativa Viennensis* 200,0 (6 unc.) + *Natrii sulfur.* 30,0 (1 unc.) + *Syrupus mannatus* 20 (6 drachm); DS. na jedną lewatywę. Silnie wypróżniającą lewatywę otrzymuje się z *decoctum Aloës* 5,0 (1 drachma 20 gn.) ad 300 (10 unc.) aq. d. lub lepiej tyleż kleiku skrobii. Jeszcze więcej drażniąco działa lawatywa z *Ol. crotonis* w ilości jednej kropli na 30,0 (1 unc.) oliwy lub 100,0 (3 unc.) kleiku skrobii.

β) G l i c e r y n a wprowadzona zapomocą strzykawki Oidtmanna w ilości 2,5—4,0 ($^2/_3$—1 drachmy), czyli łyżeczka od kawy okazała się w wielu przypadkach szczególniej u dzieci bardzo pożądanym lekiem wypróżniającym. Według doświadczeń Arnackera a szczególniej Vamossy'ego, jakoteż Ot. Seiferta pojawiają się stolce już po 1—2 minut, a wyjątkowo po 1—2 godzin po wprowadzeniu gliceryny. Wygodniej wprowadza się ją w czopkach próżnych Sautera z masła kakaowego (B.) a jeszcze lepiej utworzonych z mydła i gliceryny. Można nawet w razie konieczności użyć zwykłego h a n d l o w e g o m y d ł a zwłaszcza przezroczystego, które zawsze zawiera w sobie glicerynę, wykrawując z niego czopki grubości palca małego, a długości połowy tegoż, i wprowadzić do odbytnicy, jak to oddawna praktykuje się w terapii zwierzę-

cej. W praktyce mojej przekonałem się, że czopki z masła kakaowego napełnione 2—3 gm. (30—50 gn.) gliceryny skuteczniej działają, niż mydlane; że w razie, jeżeli po pół godziny nie pojawi się stolec, trzeba założyć drugi czopek; że przy codziennem stosowaniu czopków wrażliwość odbytu na ich działanie szybko się zmniejsza. Pomimo to oddały mi one znakomite usługi do sprowadzenia stolców w przebiegu krwotoków żołądkowych i płucnych.

Skutecznie działają także czopki z *extractum aloës* 0,5—1,0 (8—16 gn.) na 10 (3 drachmy) *butyrum cacao.*

Wreszcie jest w użyciu cały legion właściwych leków wypróżniających, działających na jelita przez żołądek, to też lecząc chorobę tego narządu należy w ich doborze być ostrożnym. A mianowicie prawie wszystkie te środki są przeciwwskazane w świeżym wrzodzie żołądka i w wielu przypadkach nerwowych wymiotów.

8. Leki działające na czynność tkanki mięsnej jelit jak *nux vomica* i *belladona* wpływają w pewnych przypadkach korzystnie i na sprawy chorobowe żołądka, jak o tem wyżej była mowa. *Nux vomica* stosowana w niedowładzie ścian jelit podaje się w różnych przetworach: *Pulvis seminum strychni* 0,05—0,1! ($^4/_5$—$1^3/_5$ gn.) na dawkę, trzy razy dziennie; lepiej jako *extr. nucis vomicae* 0,01—0,04! ($^1/_6$—$^2/_3$ gn.) na dawkę, trzy razy dziennie; albo przy równoczesnym niedowładzie żołądka jako *tinctura nucis vomicae* 0,2—0,5! (3—8 gran) t. j. 3—10! kropli na dawkę, trzy razy dziennie. *Atropa belladona* stosuje się w celu zmniejszenia zbytniego skurczu zwieraczy, jakoteż czynnościowego skurczu jelita zstępującego i esowatego, wyczuwalnych łatwo przez powłoki brzuszne w postaci postronka, w którym często różańcowato ułożone kulki kałowe wybadać można i używa się najlepiej jako *folia belladonae* 0,06—0,15! (1—$2^1/_2$ gn.) na dawkę trzy razy dziennie, albo *extr. belladonae* po 0,01—0,05! ($^1/_6$—$^4/_5$ gn.) trzy razy dziennie, lub też w rozczynie *extr. belladonae* 0,1 ($1^3/_5$ gn.)+*Aq. laurocerasi* 5,0 ($1^1/_3$ dr.) *MDS.* po 10 kropel co 2 godziny użyć; albo *tinctura belladonae* po 0,5—1,0! (8—16 gn.) czyli 5—10 kropli trzy razy dziennie, a ostatecznie jako *atropinum sulfuricum* w czopkach po 1 mg. ($^1/_{60}$ gn.).

W atonicznem zaparciu stolca zachwala Schafer jako środek kurczliwość jelit silnie zwiększający, *physostigminum v. eserinum salicylicum* podając na dawkę $^1/_3$—1 mg. ($^1/_{180}$—$^1/_{60}$ gn.). Także i same *extr. fabae Calabar* 0,1 ($1^3/_5$ gn.)+*glycerini puri* 30 (1 unc.) MDS. trzy razy dziennie po 5—10 kropel, działa według A. Hillera dobrze przy niedowładzie górnych odcinków jelit. Należy jednak zaprzestać z podawaniem tego środka, skoro pojawi się zwężenie źrenic.

Powyższe narkotyka mogą być przy zapisywaniu łączone z innymi środkami wypróżniającymi jak np. z *magnesia usta*, *pulvis Rhei* i t. p. zamiast pospolicie używanego *saccharum album.* W przypadkach równocześnie istniejącej bębnicy jelit dobrze jest do powyższych wyciągów lub nastojów dodać *aqua spirituosa carminativa*, *aqua spirituosa chamomillae*, *menthae piperitae*, *carvi* lub *cajeputi.*

9. Leki łagodnie przeczyszczające.

a. W pierwszym rzędzie zasługuje tu na uwzględnienie powszechnie używany olej rącznikowy (*Ol. Ricini*) po 1—2 łyżek na dawkę, którego dla wielu obrzydliwy smak staramy się usunąć przez podawanie go w kapsułkach lub

w męszaninach z rozmaitemi innemi cieczami, jako to: ze silnym bulionem, czarną kawą, rumem, koniakiem, przez wprowadzenie między dwie warstwy soku cytrynowego, jako *oleosaccharum menthae piperitae*, albo wreszcie w zawiesinach według następujących przepisów: *Ol. Ricini s. Ol. Castoris* 20,0 (6 dr.) + *aq. calcis* 40,0 ($1^1/_2$ unc.)+*aq. amygdalarum amar.* 1,0 (16 gn.) *M. f. emulsio* (Teof. Kaczorowski); *Ol. Ricini* 30,0 (1 unc.)+*aq. menthae piperitae* 30 (1 unc.) + *aq. comunis* 60,0 (2 unc.)+*vitellum ovi M. f. emulsio* (Dujardin-Beaumetz); zamiast żółtka może być użyte *mucilago gummi arab.* 30,0 (1 unc.); *Ol. Ricini* 30,0 (1 unc.) +*syr. rhei* 20,0 (5 dr.)+*alcohol. dil.* 15,0 (4 dr.)+*Ol. menthae pip. gutt.* 2 *M. f. emulsio* (Gherman); *Ol. Ricini* 30,0 (1 unc.)+*glycerini* 30,0 (unc.)+*ol. menthae pip. gutt.* 2 (W. Soper).

Wprawdzie Bamberger odradza użycie oleju rącznikowego w upośledzonem trawieniu, a E. w chorobach żołądka w ogólności, twierdząc, że jako olej upośledza jeszcze więcej trawienie. Lecz poważne spostrzeżenia lekarskie (Teof. Kaczorowski) tej obawy nie potwierdzają, aby 1—2 łyżek oleju wprowadzone od czasu do czasu wywierały skutek zgubny, owszem ja we wszystkich przypadkach nawet silnej rozstrzeni żołądka dostrzegałem nie tylko dobrego skutku na jelita, ale i zmniejszania się przypadłości żołądkowych.

b. α) Środki solne jak: *Natrium sulfuricum* (30—50 gm.; 1—$1^1/_2$ unc.), —*phosphoricum* (30—60 gm.; 1—2 unc.),—*citricum* (40—55 gm.; $1^1/_4$—2 unc.);—*tartaricum* (40 gm.; $1^1/_4$ unc.), *sal Seignetti* (15—30 gm.; $^1/_2$—1 unc.), *cremor tartari* (30—60 gm.; 1—2 unc.); *magnesia sulfurica* (30—50 gm.; 1—$1^1/_2$ unc.),—*citrica* (40—45 gm.; $1^1/_2$ unc.) z dodatkiem 2,0 (32 gn.) *ac. citricum*, podają się naczczo rozpuszczając przeciętnie łyżkę (15 gm.; $^1/_2$ unc.) soli w szklance wody ciepłej; a pijąc ją oziębioną, a jeżeli po godzinie dawka nie skutkuje, należy wziąć drugą. Rozczyny zimne z dodatkiem wody sodowej lub szczawy kwaśnej działają o wiele skuteczniej, aniżeli zwykle używane rozczyny ciepłe. Najwięcej zasługują na uwzględnienie w praktyce lekarskiej *natrium sulfuricum* i *sal. Seignetti*, sól karlsbadzka i morszyńska jako środki najmniej dolegliwości sprawiające. Dawniej były często w użyciu jako środki przeczyszczające męszaniny burzące, jak np. *pulvis Seidlizensis aërophorus*: *Rp. Natrii bicarbon.* 2,0 (32 gn.)+*sal. Seignetti* 6,0 ($1^1/_2$ dr.) *M. D. ad chartam coeruleam. Rp. Ac. tartarici pulver.* 2,0 (32 gn.). *Da ad chartam albam. S.* Rozpuścić najprzód biały pakiecik w pół szklanki wody ocukrzonej, a następnie po dodaniu proszku z pakiecika niebieskiego, wypić.

β) Zamiast rozczynów sztucznych soli używa się wód mineralnych zawierających powyższe składniki. Dla lepszego przeglądu wyliczę ważniejsze z nich idąc od najsilniejszych do najsłabszych i oznaczając średnie dawki potrzebne do wywołania stolca. Woda morszyńska ze źródła Bonifacego po $^1/_2$—1 szklanki z dodatkiem wody sodowej użyta (Korczyński), zawiera w znacznej ilości sól kuchenną obok glauberskiej i gorzkiej w ilości 51‰. Potem idą gorzkie wody węgierskie i czeskie: Mattoni's Offner Bitterwasser, Franz Jozef Bitterquelle i Victoriaquelle używane w ilości $^1/_4$—$^1/_2$ szklanki, zawierają przeważnie sól gorzką, jakoteż glauberską i sól kuchenną w ilości około 50‰. Mało co słabszemi są Hunyady-Jànos i Rakoczy (po $^1/_4$—1 szklanki)

z 46‰ powyższych składników solnych. Słabszemi o tych samych składnikach są Püllna, Friedrichshall, Saidschütz, Sedlitz o zawartości 30—15‰ soli przeczyszczających. Następnie woda morska jako solanka 20—40‰ używana po ½—2 szklanek. Do dłuższego używania i przeprowadzania leczenia nadają się szczególniej wody słabsze, obfitujące natomiast w kwas węglowy, jako to: Homburg-Elisabethbrunnen (po 1—2½ szklanek), solanka kwaśna 10‰; Kissingen-Rakoczy (po 1—3 szklanek), solanka żelazista kwaśna 6‰; Marienbad-Ferdinandsbrunnen i słabsza Kreuzbrunnen (po 1—3 szklanek), szczawa glaubersko-solna 7‰; Tarasp-Luciusquelle (po 1—3 szklanek), silna szczawa alkaliczno-słona 5‰; Franzensbad-Franzesquelle i słabsza Salzquelle (po 1—3 szklanek), szczawa glaubersko-żelazista 4½‰.

Tak rozczyny solne, jak i wody mineralne powinny być pite rano naczczo, a skuteczność ich powiększa się przez używanie przechadzki podczas picia. Parcia na stolec nie powinien pacyent nigdy przetrzymywać. Rozczyny solne i wody mineralne sprawiają stolce wodniste wskutek podrażnienia błony śluzowej do przepacania cieczy surowiczej, a po jednorazowem użyciu wypróżnienie nie jest dokładne, muszą być przeto przez 2—3 dni z rzędu stosowane. W stanie więcej zgęszczonym użyte, mogą w pewnych przypadkach wywołać przekrwienie i krwotoki kapilarne z błony śluzowej. Stąd też Bamberger odradza stosowania środków solnych, jeżeli przypuszczamy, że ściany jelit znajdują się w stanie zapalnym. Ze względu na żołądek nie należy ani wód ani rozczynów solnych używać we wszystkich przypadkach, w których jest znaczniejszy niedowład mechaniczny lub rozstrzeń, albo świeży wrzód okrągły, jako też u osób mocno w odżywieniu podupadłych, lub na ścisłej dyecie pozostających. Jeszcze najstosowniejszą ze środków solnych byłaby w powyższych przypadkach sól morszyńska lub karlsbadzka, które w tem większem zgęszczeniu muszą być użyte, im więcej mechaniczna czynność żołądka okazuje się upośledzoną.

γ) W chorobach przebiegających ze wzmożonem wydzielaniem kw. żołądkowego bardzo stosownem do sprowadzenia stolców jest używanie po 3—5 gm. (¾—1⅓ dr.) *magnesia usta* albo *carbonica*. Zwykle podaje się magnezya kilka razy dziennie po łyżeczce lub w postaci tabliczek prasowanych po 0,5 (8 gn.). Mięszanina z *magnesia c. pulv. radicis rhei ana* jest środkiem również bardzo dobrym przez empiryą już oddawna wypróbowanym. W postaci zawiesiny przepisuje się *lac magnesiae*. *Rp. Magnesiae ustae* 10,0 (2½ dr.)+*aq. d.* 80,0 (2½ unc.) +*syr. florum aurantiorum* 20,0 (5 dr.) *MDS.* Na raz użyć.

δ) Kalomel (*hydrargyrum chloratum*) jest łagodnym środkiem wypróżniającym a równocześnie i żółć pędzącym. Zaleca się do sprowadzenia wypróżnień w gastritis acuta (E.). W dawkach większych podnieca ruch jelit i przepacanie z błony śluzowej. Przepisuje się go tylko jako środek jednorazowy najstosowniej w ilości 1,0 (16 gn.) + *sacchari albi* 2,0 (32 gn.) podzielonej na 4 dawki użyte w odstępach 1—2 godzinnych; u dzieci 0,2—0,4 na 4 proszki. Niektóre osoby dostają po użyciu kalomelu bardzo łatwo *stomatitis mercurialis*, czemu ma sprzyjać spożywanie kwasów i soli kuchennej podczas zażywania kalomelu. Szczególniej małe dawki kalomelu pozostając dłuższy czas w przewodzie

pokarmowym, zamieniają się w większej ilości w stan rozpuszczalny i sprawiają łatwiej zatrucie, niż duże. Płókanie jamy ustnej $1\frac{1}{2}$—3% rozczynem *kali chloricum* dość szybko usuwa zboczenie miejscowe.

c. *Pulpa tamarindorum* zawierająca między innemi kwasami organicznymi *ac. tartaricum*, używa się w kilku przetworach jako *decoctum* z 30,0 (1 unc.) na 500—1000 (1—2 f.) *aq. communis* z dodatkiem *syrupus mannatus.*, jako *electuarium purgativum tamarindorum* według przepisu: *Pulpa tamarindorum depurata* 12, *cremor tartari pulver.* 1, *sal. Seignetti pulver.* 2, *manna calabrina* 4, *syrupus rosarum* 8. S. Po łyżce naraz używać. Ostatecznie są w użyciu *trochisci tamarindorum* zawierające jeszcze *extractum sennae alexandrinae*, takich pastylek do wywołania stolca używa się 2—3. Przetwory powyższe sprawiają wypróżnienia zwykle bez bólów.

d. *Folia sennae alexandrinae sine resina* zawierając *ac. catharticum* są niemal ludowym lekiem wypróżniającym. Używają się rzadko same jako *infusum aquosum* w średniej dawce 2,0 (32 grn.) na 200 (6 unc.) wody gorącej lub odwaru śliwek. Zwykle stanowią liście senesowe składnik rozmaitych przetworów złożonych jakoto: *Potio laxativa Viennensis v. infusum Sennae compositum*, które jest naparem składającym się z 5 części *folia sennae alexandrinae* + 30 *aq. fervidae*, + 5 *sal. Seignetti* + 10 *manna calabrina.* W celu przyśpieszenia wypróżnień u ludzi dorosłych dodaje się jeszcze 10—15 (2—3 dr.) *natrium sulfuricum* i poleca całą ilość (30—60; 1—2 unc.) cieczy na dwa razy użyć w odstępie jednogodzinnym. *Electuarium lenitivum e senna* składa się z 10 części *folia sennae pulver.* + 40 *syr. simpl.* + 50 *pulpa tamarindorum* i podaje się naczczo po łyżce stołowej. *Syrupus sennae cum manna* bywa stosowany w praktyce dziecięcej w ilości jednej łyżeczki. *Pulvis liquiritiae compositus* albo *pulvis Kurellae* składa się z 2 części *folia sennae pulver.* + 2 *pulv. liquiritiae* + 1 *semen anisi* + 1 *sulfur depuratum* + 6 *sacchari* i używa się z dobrym skutkiem trzy razy dziennie na koniec noża. Działa on nietylko rozwalniająco, ale także jako środek wykrztuśny. Ziółka francuskie (*Thé de Saint-Germain*) składają się według farmakopei francuskiej z 12 części *folia sennae* + 5 części *flores sambuci nigri* + 5 *semina anisi* + 5 *semina foeniculi* + 5 *tartarus depuratus.* Z jednego pakiecika zawierającego 5 gramów mięszaniny robi się napar wodny na jednę filiżankę.

e. *Radix rhei chinensis* jest również często używanym lekiem wypróżniającym i uchodzi równocześnie jako dobre *tonicum* i *stomachicum*, a da się użyć we wszystkich przypadkach chorób żołądka, w których tylko użycie środka czyszczącego nie jest przeciwwskazane. Jako środek przeczyszczający podają się przetwory korzenia rzewienia w dawkach wysokich jak np. *pulvis radicis trhei* 1,0 (16 gn.) na dawkę, gdyż w mniejszych stosowane sprawiają skutek przeciwny. Z wielu przetworów tego leku przytaczam najskuteczniejsze: *Pulvis radicis rhei* + *magnesia usta ana* 5,0, a w razie niedowładu przewodu pokarmowego z dodatkiem 0,25! (4 gn.) *pulvis seminum strychni*, w przypadkach skurczu zwieraczy z dodatkiem 0,25—0,5! (4—8 gn.) *pulvis foliorum belladonae. MDS.* Trzy razy dziennie na koniec noża użyć. Nie mniej skutecznem jest Solamen hypochondriacum Kleista: *Pulv. rad. rhei* 20 (5 dr.) + *natrium sulfuricum* 10 ($2\frac{1}{2}$ dr.) + *narium carbonic.* 5,0 ($1\frac{1}{3}$ dr.) *natrium bicarbon.* 5,0 ($1\frac{1}{3}$ dr.). MDS. Trzy razy dzien-

nie po łyżeczce użyć. *Tinctura rhei aquosa* zawiera jeszcze w sobie *natrium boricum, kalium carbonicum* i *aqua cinamomii*, używa się kilka razy dziennie po łyżeczce i jest również skuteczną, jak i o wiele droższa *tinctura rhei vinosa. Syrupus rhei* zawiera podobne składniki, co powyższy nastój wodny i podaje się dzieciom po łyżeczce w miarę potrzeby. *Extractum rhei* jest przetworem suchym, w wyskoku rozpuszczalnym i działa podobnie jak *pulvis radicis rhei. Extractum rhei compositum* p. ustęp. aloës. Dobre usługi oddaje w nawykowem zaparciu stolca *vinum cum rheo*, które sposobem domowym sporządza się przez dwudniowe wymoczenie 50,0 (2 unc.) siekanego korzenia rzewienia w butelce wina węgierskiego. Mały kieliszek, 2—3 razy dziennie przed jedzeniem wypity, sprowadza stolce papkowate.

f. Wielce pożytecznym okazał się wyciąg kory amerykańskiej z *Rhamnus Purshiana* noszący nazwę *extractum fluidum Cascarae Sagradae*. Według doświadczeń wielu lekarzy (Bundy, Fletcher-Horne, Senator, Farlow) sprawia ciekły wyciąg w ilości 15—25 kropel trzy razy dziennie, lub jednorazowo w dawce po $1/2$ łyżeczki przed obiadem użyty po 6—24 godzinach wypróżnienia maziste bez jakichkolwiek dolegliwości. Nawet u dzieci, u ciężarnych albo w obec guzów krwawnicowych da się ten lek bez obawy stosować. Wyjątkowo tylko zdarza się potrzeba zwiększenia powyższych dawek leku do trzech razy po pół łyżeczki bez wywołania ubocznych dolegliwości. Ja uważam ten lek jako *tonicum* i *stomachicum* na równi z *rheum* i *tinctura amara* i używam go w rozmaitych kombinacyach, których wskazanie lekarz ze składu łatwo odgadnie: *Rp. Extr. fluidi Cascarae Sagradae + Tincturae rhei vinosae aa MDS.* trzy razy dziennie po pół łyżeczki użyć. Albo *Rp. Extr. fluid. Cascarae Sagradae* 25,0 (6$1/2$ dr.) + *T-rae nucis vomicae* 2—3,0! (32—48 gn.) *v. T-rae belladonae* 2—4,0! ($1/2$—1 dr.) *MDS*. Trzy razy dziennie po 30—20 kropel użyć. W braku łaknienia *Rp. Extr. fluidi Cascarae Sagradae + T-rae amarae aa* 15,0 (4 dr.) + *ac. hydrochlor. dil. pur.* 1,0 (16 gn.). *MDS.* Trzy razy dziennie po łyżeczce użyć. W razie bólów w żołądku zamiast kw. solnego dodaje się 1,0 (16 gn.) *chloroformii* lub tyleż *Aetheris sulfurici*. Dla zakrycia silnie gorzkiego smaku może być lek ten podany z domieszką sakcharynu, gliceryny lub jako *extractum siccum Cascarae Sagradae* w tabliczkach prasowanych wyrobu aptekarza Wiszniewskiego w Krakowie po 0,06 (1 gn.), używając 2—3 tabliczek dziennie. Istnieje jeszcze *Vinum Sagradae genuinum*, którego fabrykant (P. Liebe) poleca używać po $1/2$—1 łyżeczki trzy razy dziennie.

g. *Tubera jalapae pulver.* są pewnie działającym środkiem przeczyszczającym, który podany w ilości 0,2 (3$1/5$)—0,5 (8 gn.) sprawia stolce maziste. Morzyska zwykle nie ma tak, że ten środek może być przy silnem zaparciu stolca nawet u dzieci stosowany. *Resina jalapae* (wyciąg wyskokowy) działa w ilości 0,1—0,3 (1$3/5$—4$4/5$ gn.) na dawkę. Tak zwane *pilulae jalapae* mają ciężar 0,1 (1$3/5$ gn.) i składają się z trzech części *sapo medic.* + 1 *pulv. jalapae.* W celu wywołania wypróżnień należy użyć 1—3 pigułek na raz.

10. Leki przeczyszczające ostre.

Dotąd wyliczone leki apteczne wystarczają do wywołania wypróżnień. Są jednak przypadki uporczywego zaparcia stolca, wymagające środków, jelita sil-

niej pobudzających, wymienionych niżej, zwanych pospolicie drastycznymi. Środki te nie powinny być codziennym chlebem pacyenta, ale tylko wyjątkowo w koniecznej potrzebie stosowane. Sprawiają one nietylko bóle jelitowe i nieżyt tychże, ale mogą wywołać u kobiet krwotok maciczny, poronienie, a u mężczyzn wytworzenie się guzów krwawnicowych, krwotoków odbytnicowych a nawet zapalenie nerek. Do takich środków należą:

a. *Podophyllinum*, żywica wyciągnięta z rośliny *podophyllum peltatum* sprawia już w ilości 0,02—0,05 ($^1/_3$—$^4/_5$ gn.) po upływie 10—12 godzin stolce, którym u wielu osób towarzyszy morzysko. Trousseau i Blondeau zapisują ten lek w pigułkach: *Rp. Podophyllini* 0,2 (3$^1/_5$ gn.)+*extr. belladonae* 0,1 (1$^3/_5$ gn.) *Gi arabici q. s. u. f. pil.* Nr. X. D. S. 1—2 pigułek dziennie użyć.

b. *Fructus colocynthidis pulver.* w dawce 0,3! (4$^4/_5$ gn.); *T-ra colocynthidis* po 1,0! (16 gn.); *Extractum Colocynthidis* po 0,05! ($^4/_5$ gn.) mogą już w tych ilościach sprawić morzysko i wymioty, a w większych nieco dawkach zatrzymanie moczu, zwód prącia i zapad. To też lek ten jest przeciwwskazany we wszystkich przypadkach w których istnieje jakiekolwiek podrażnienie jelit, lub narządów leżących w miednicy małej.

c. Żywice: *Gummi Gutti* w dawce wypróżniającej 0,05—0,3 ($^4/_5$—4$^4/_5$ gn.), jakoteż *Scamonium* w dawce 0,5 (8 gn.) użyte, sprawiają prawie zawsze morzysko.

d. *Aloë* same lub jako *extractum Aloës* po 0,1—0,5 (1$^3/_5$—8 gn.) działa przeważnie na warstwę mięsną jelita grubego, sprawia przekrwienie w narządach miednicy i nie może być użyte w stanach zapalnych macicy, ani też w obecności guzów krwawnicowych. Aloes uchodzi także jako cholagogum i jest u wielu lekarzy i pacyentów zwłaszcza prowadzących życie sedenteryjne ulubionym środkiem i składnikiem kilku mięszanin przeczyszczających. Tak zwane pigułki aloesowe mają następujący skład: *Rp. Aloës socotrinae*+*sapon. medic. aa* 1,0 (16 gn.) *f. p.* Nr. X S. 1—2 pigułki na noc użyć. *Extr. rhei compositum* (przetwór suchy) składa się z 30 części *extr. rhei*+10 *extr. aloës*+5 *resina jalapae*+20 *sapo medic.* i skutkuje w ilości 0,3 (4$^4/_5$ gn.); najstosowniej w pigułkach użyć. Sawyer poleca w nawykowem zaparciu stolca następujący przepis. *Rp. Aloës* 1,0 (16 gn.)+*ferri sulfurici* 0,2 (3$^1/_5$ gn.)+*extr. hyoscyami* 0,7 (11 gn.) *f. pil.* Nr. X S. Pigułkę na noc użyć. Racyonalniejszą radę daje Spender zapisując: *Rp. Extr. aloës socotrinae* 0,1 (1$^3/_5$ gn.) + *ferri sulfurici* 0,5 (8 gn.) + *extr. belladonae* 0,05 ($^4/_5$ gn.) + *succus liquiritiae q. s. u. f. pil.* Nr. X. Z początku należy brać przez kilka dni po trzy pigułki dziennie, przez dalszych kilka dni po 2, a potem już tylko po jednej, tak że można chorego od używania środków przeczyszczających w przeciągu 2—4 tygodni odzwyczaić. Sądziłbym że w przypadkach uporczywych należałoby obok tych pigułek wziąść środki mechaniczne do pomocy.

e. Najgwałtowniejszym środkiem drastycznym jest olej krotniowy (*Ol. crotonis tiglium*). Jako środek przeczyszczający wystarcza $^1/_5$—1 kropli podanej w oliwie lub w jakimkolwiek syrupie. Podawanie większych dawek może sprowadzić ostry nieżyt przewodu pokarmowego i ogólny zapad.

Wszystkie powyższe leki bywają bądź dla pewności działania, w celu

zniesienia ubocznego działania pewnego środka w najrozmaitszych kombinacyach przepisywane. Aczkolwiek one tylko symptomatycznie działają, jednak i w przebiegu systematycznego leczenia zaparcia stolca od czasu do czasu używane oddają zwłaszcza u niecierpliwych pacyentów dobre usługi.

L. Kilka słów o środkach tajemnych i specyficznych.

(*Arcana et specifica*).

Cała gromada leków drastycznych stanowi obfity materyał, z którego wyzyskiwacze i partacze lekarscy korzystają, aby z nich wytwarzać rozmaite środki tajemne pod nazwą leków żołądkowych albo czyszczących krew. Obznajomienie się z tego rodzaju przetworami nie jest dla lekarza bez pewnego znaczenia, jeżeli chce ocenić zgubne nieraz skutki tych specyfików czyszczących nietylko jelita, ale i kieszenie publiczności, lub przestrzec przed niemi chorego w sposób przekonywający. Z dawien dawna bywają specyfiki żołądkowe z jednych i tych samych składników i to najenergiczniej czyszczących przyrządzane, z roku na rok zmienia się tylko ich nazwa i forma. Obecnie najwięcej ogłaszane i rozchwytywane przez publiczność bywają następujące środki specyficzne, których skład cytuję według dzieła Hagera, *Handbuch der pharmaceutischen Praxis*.

a) Pigułki Morisona są dwojakiego rodzaju: Nr. I. Rp. Aloës 10,0, Gutti 4,0, Scammonii 2,0, Resinae jalapae, Tuberum jalapae, Radicis althaeae aa 10,0. Aquae q. s. u. f. pil. 350. Conspergantur tartaro depurato. Nr. II. Rp. Aloës 2,0, Colocynthidum 15,0, Gutti 15,0, Tuberum jalapae 10,0, Tartari depurati 10,0. M. f. pilulae ponderis 0,13. Tartaro depurato conspergendae. Wobec tego składu skutek musi być niezawodny, zwłaszcza jeżeli się według przepisu 8 pigułek na raz użyje!

b) Pigułki Cauvin'a (paryskie). Rp. Gutti 1,25, Aloës 2,0, Jalapae 2,0, Pulvis rhei 0,6 M. f. pil. Nr. 30. Każda pigułka ma powłokę z gumy lub dekstryny zabarwionej szafranem. Rano i wieczór po 1—2 pigułek. Cena pudełka 1 złr.

c) Pigułki szwajcarskie aptekarza Brandta, które przez wyzyskanie listu Virchowa do Brandta rugują wszystkie inne specyfiki przeczyszczające. Rp. Extr. Aloës, Extr. Absynthii, Extr. trifolii, Extr. gentianae, Extr. achilleae moschatae aa 2,0, Extr. selini 3,0, Gentianae pulv. q. s. u. f. pil. Nr. 100. Średnia dawka 2 pigułki. Z powodu zawartości aloesu, nie mogą być te pigułki codziennym środkiem przeczyszczającym, gdyż mogą doprowadzić do wytworzenia się guzów lub krwotoków krwawnicowych.

d) Richter's Regulating Pillen. Rp. Podophylini 3,5, Extr. rhei 2,0, Extr. Cascarillae 3,5, Extr. gentianae, Extr. Cocae aa 1,0. Pulv. Rhei q. s. u. f. pil. Nr. 100. (Skład przytoczony według podania samego wynalazcy).

e) Sól żołądkowa (Magensalz) Schaumanna jestto natrium bicarbonicum z domieszką natrium i magnesium sulfuricum. (Hager). 125 gm. kosztuje 1 złr.!

f) Proszki Seidlickie Molla jest to pul. aërophorus laxans (Pharm. Germ.), o którym w poprzedzającym ustępie już wspomniano (p. str. 126).

g) Tamarindien Grillon jest to mięszanina pulpa tamarindorum i folia sennae. Dziesięć tabliczek po 5—6 gm ciężaru, powleczone masą kakaową osłodzoną, kosztują 1 złr. 50 cent. Takie same pastylki wyrabia w Krakowie aptekarz Sobierajski pod Słońcem po cenie 60 centów za pudełko.

h) Krople żołądkowe Mariazellskie (Brady'ego), jest nastój wyskokowy (tinctura) utworzony z następujących ingredyencyi: Rp. Aloës 15,0, Cort. cassiae, Fructus anisi, — foeniculi, — pimpinellae, Radicum calami, — gentianae, —rhei, - zedoariae, Gmi myrrhae, Ligni santali, aa 1,75, benzoës 7,5, Balsami tolutani 10,0, Spiritus vini 60% 750,0.

Znajduje się w obiegu jeszcze wiele innych tego rodzaju środków obliczonych na ciemnotę cierpiącej publiczności a wyrastających co chwila jak grzyby po deszczu. O składzie tych leków może, a nawet powinien się lekarz poinformować u sprzedającego aptekarza, który według obecnie istniejących przepisów urzędowych w Austryi jest do tego bezwarunkowo obowiązany. Przepisy urzędowe ogłoszone przez władze austryackie w sprawie leków tajemnych brzmią dosłownie:

„Aby zapobiedz wyzyskiwaniu publiczności przez przemysłowców aptekarskich, puszczających w obieg handlowy rozmaite środki lekarskie złożone z najrozmaitszych składników za cenę nieskończenie wyższą, aniżeliby przy obliczaniu według obowiązującej taksy za nie wypadało, udzielił Magistrat dnia 22 Lutego 1881 do L. 5403 p. p. aptekarzom następujące rozporządzenie:

„Pismem z dnia 23 Stycznia 1884 L. 18659 orzekło Wys. c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych, że wymagany w § 1. rozp. z d. 17 Września 1883 Dz. p. p. Nr. 152 przepis sporządzania złożonych leków musi być podanym przez samego wyrabiającego te leki, i że w miejsce tegoż przepisu przedłożone świadectwo znawców lub wyniki rozbiorów chemicznych i t. p. nie mogą służyć jako dowód prawdziwego składu leków. Zarządzenie takie, iż przepisy sporządzania leków mają się znajdować do przejrzenia przez lekarzy, ma nietylko na celu odjąć lekom złożonym na sprzedaż cechę leków tajemnych których utrzymywanie na składzie i sprzedaż jest bezwarunkowo wzbronioną, lecz także ma być w ten sposób utworzona kontrola, aby i w tym razie sprawdzić tożsamość sprzedawanego leku złożonego z tym, którego przepis sporządzania przedłożono, gdyby na drodze chemicznego rozbioru, lub badania farmakognostycznego i drobnowidzowego nie dało się to z wszelką dokładnością uczynić".

„W razach, gdyby zachodziła potrzeba wydania orzeczenia o stosowności ceny takich leków złożonych, mają służyć te same przepisy, co przy oznaczeniu ceny leków".

„O czem się W-go Pana w myśl reskr. Wys. c. k Namiestnictwa z d. 5 Lutego 1884 L 7044 zawiadamia z poleceniem ścisłego przestrzegania" (Sprawozdanie fizyka stoł. król. m. Krakowa za 1884 rok, ułożył Dr. Jan Buszek fizyk miejski. W Krakowie 1886).

Z powyższego rozporządzenia ministeryalnego wynika, że leków o nie-

znanym składzie (t. j. tajemnych) aptekarzowi sprzedawać nie wolno, że aptekarz na żądanie lekarza skład leku złożonego (specyfiku), który sprzedaje podać musi, a ostatecznie co najważniejsza, że cena tego specyfiku może być tylko taka, jaka wypada według taksy aptekarskiej. Że w Austryi istnieją jeszcze wobec powyższych przepisów leki tajemne i specyfika, to przypisać należy tylko nieudolności lekarzy, którzy nie czuwają nad wykonaniem ustawy i władz sanitarnych o przekroczeniach w tym kierunku nie uwiadamiają. Tem mniej można się spodziewać, aby publiczność sama nieświadoma ustaw przed wyzyskiwaczami igrającymi z jej zdrowiem obronić się umiała. Wiele też wody upłynie, nim te rozporządzenia ochraniające częściowo publiczność przed partactwem lekarskiem będą faktycznie wykonywane. Wszak mamy niestety kolegów, którzy więcej mają zaufania do dzikich, byle nowych pomysłów szalbierzy, niż do trzeźwych doświadczeń szpitalnych i klinicznych, którym blask sławy wyzyskiwaczy lepiej się uśmiecha, niż stanowisko lekarskie, a nawet godność profesorska, którzy z lekkiem sumieniem poświęcają dobre imię, kładąc swój podpis tam, gdzie on ma służyć do bałamucenia i wyzyskiwania publiczności przez spekulantów, nie zważając na to, że solidaryzują się z ludźmi, którzy minąwszy się już dawno z poczuciem uczciwości, igrają już bez skrupułów ze zdrowiem ludzkiem.

Wyżej przytoczone specyfiki bywają często codziennym chlebem chorej publiczności, a zwykle nieodpowiednio do stanu chorobowego stosowane, stają się wprost szkodliwymi. Dotyczy się to szczególniej pigułek Morisona, Cauvin'a i Brandta, zawierających w sobie aloes. Każdy lekarz może ze swej praktyki odstraszające przykłady z nadużycia leków tajemnych przytoczyć. Leczenie np. nieżytu jelit, krwotoków krwawnicowych po używaniu pigułek Morisona zdarza mnie się nie tak rzadko. W jednym przypadku niedawno obserwowanym widziałem jako następstwo użycia 8 sztuk pigułek Morisona pojawienie się silnego bólu w lędźwiach, a w moczu kwaśnym, liczne ciałka ropne i kryształy szczawianu wapniowego, a wobec braku łaknienia ciepłota ciała dochodziła 39° A. Peltauf (*Wiener med. Presse* 1887. Nr. 17) ogłosił nawet przypadek zejścia śmiertelnego 11-letniej dziewczynki po użyciu 14 pigułek Morisona. Spostrzegałem także wielokrotnie, że chorzy cierpiący na krwotok żołądka bądź z powodu raka, bądź wrzodu okrągłego w tem większej ilości używają pigułek Morisona lub Brandta, im stolec jest czarniejszy, uważając te krwawe stolce jako zaległe nieczystości odchodzące wskutek zażytego środka. Widziałem np. że panienka blednicza w domu, w którym Brandt był bardzo popularny, każdego razu, kiedy wymiotowała lub uskarżała się na bóle żołądka, po kilka pigułek dziennie dostawała, aż użycie ich przerwał bardzo niebezpieczny krwotok żołądkowy. Podobnego rodzaju skutki widziałem z partactwa lekarskiego aptekarzy, którzy wprawdzie uprawnieni są do cząstkowej sprzedaży pewnych środków lekarskich, nie powinni jednak wydawać lekarstwa, gdy strona go żąda na tę lub ową słabość. Wtedy bowiem aptekarz ordynuje, co mu dotąd obowiązujący dekret nadworny z r. 1833 L. 11928 § 46 stanowczo zakazuje. Miałem np. przypadek krwotoku płucnego u suchotnika, który z porady aptekarza wcelu ulżenia sobie przypadłościom

żołądkowym zażył proszków wymiotnych, poczem wśród wymiotów pojawił się ów krwotok. Podobnie i zachwalanie środków na pewne choroby w ogłoszeniach publicznych, obałamucających jeszcze więcej chorą publiczność, niż pokątne rady lekarskie, należy uważać jako zwykłe partactwo lekarskie.

Wypada mnie jeszcze przestrzec Kolegów przed stosowaniem gotowych leków przeciwtasiemcowych, za których skład i jakość lekarz nigdy ręczyć nie może, a odpowiada za skutek i przypadłości uboczne. Zdarzyło mnie się niedawno leczyć pacyentkę po użyciu gotowego środka przeciwtasiemcowego otrzymanego z jednej z renomowanych firm warszawskich. Wystąpiły bowiem po użyciu tego środka nadzwyczaj gwałtowne objawy ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego (*cholera nostras*) z ogólnym zapadem grożącym zejściem śmiertelnem.

LI. Uwagi terapeutyczne nad krwotokami i guzami krwawnicowymi.

Haemorrhagiae et varices haemorrhoidales.

W praktyce lekarskiej napotyka się dość często pacyentów, u których choroba żołądka powikłaną jest z guzami krwawnicowymi lub krwotokami z tychże. A zdarza się to najczęściej u takich chorych, którzy długi czas przedtem szukali swego zbawienia w drastycznych środkach tajemnych, albo w solach i proszkach podejrzanej wartości. Powikłanie choroby żołądka z guzami, a jeszcze więcej z krwotokami krwawnicowymi jest dla lekarza bardzo niepożądanem, gdyż opóźnia lub uniemożliwia jej leczenie. Bardzo często środki dyetetyczne i apteczne stosowane w chorobach żołądka działają niekorzystnie na guzy i krwotoki krwawnicowe, krwotoki zaś pociągają za sobą upadek odżywienia, wobec którego choroba żołądka źle przebiega. To też staramy się wprzód usunąć cierpienie krwawnicowe, a jeżeli to się nie udaje, to przynajmniej stosować taki sposób leczenia żołądka, który cierpienia krwawnicowego nie powiększa.

Przy leczeniu objawów krwawnicowych staramy się wyszukać przedewszystkiem przyczyny utrudnionego krążenia lub nawału krwi do splotów żylnych odbytu i je usunąć. Jeżeli to się nie udaje, co najczęściej się zdarza, to stosujemy zabiegi i środki symptomatyczne. Z dyetetycznych środków polecamy: mierny ruch, gimnastykę pokojową, a zabraniamy długiego siedzenia, jeżdżenia konno. Pozwalamy z pokarmów i napojów: chude, miękkie mięso, cielęcinę, drób, szynkę, beefsteak; mleko słodkie i kwaśne, maślankę, ryż, ziemniaki, bułkę, kompoty, owoce dojrzałe, powidła, włoską kapustę, marchew, szparagi, słabe wino białe i gorzkie piwo ale w małych tylko ilościach, herbatę, kakao. Zalecamy picie zimnej wody szczególniej rano naczczo i przeprowadzenie leczenia winogronowego. Zabraniamy zaś spożywania nasion strączkowych, chleba, kapusty, karpieli, sałaty, miodu, twardych niedojrzałych owoców, cebuli, musztardy, pieprzu, mocnego wina, wódki, kawy. Działamy przeciw zaparciu stolca tak, aby stolec był nie twardy i pojawiał się przynajmniej co drugi

dzień. W tym celu, jeżeli środki dyetetyczne nie wystarczają, dopomagamy lawatywami z $^1/_2$—1 litra zimnej wody, lub podajemy trzy razy dziennie po łyżeczce proszku: Rp. Flores sulfuris 10,0 ($2^2/_3$ dr.)+Tartari depurati 20,0 ($5^1/_3$ dr.) + Eleosacchari citri + Sacchari albi aa 15,0 ($1^1/_3$ dr.), a jeżeliby działanie było za słabe, to jeszcze z dodatkiem Natrii sulfurici pulv. 20,0 ($5^1/_3$ dr.). Te same skutki osiągamy przez wypicie małych ilości wody morszyńskiej (z wodą sodową) lub innych wód mineralnych rozwalniających (p. str. 125). Należy następnie polecić choremu, aby guzy krwawnicowe, które po stolcu wypadają wprowadzał ostrożnie do odbytnicy, przytłaczając je płatkiem zwilżonym w oziębionej wodzie Goularda, by niedopuścić do odsznurowania guzów i wystąpienia krwotoków. Jeżeli guzy wprowadzić się nie dają, coraz więcej obrzmiewają i zachodzi obawa pęknięcia, to u osób dobrze odżywionych, a zwłaszcza przedstawiających obraz znany pod nazwą plethora abdominalis, przystawiamy 2—4 pijawek w okolicę odbytu, poczem zwykle guzy się zmniejszają. Skurcz zwieraczy usuwamy przetworami atropinowymi, najlepiej przez podanie 0,02—0,04 ($^1/_3$—$^2/_3$ gn.) extr. belladonae w czopkach. Ból, palenie, parcie, swędzenie w odbycie łagodzimy zapomocą morphium muriaticum 0,01—0,02 ($^1/_6$—$^1/_3$ gn.) albo cocainum muriat. 0,02—0,04 ($^1/_3$—$^2/_3$ gn.) w czopkach. G. Sée i Baudoin zalecają następujące czopki uśmierzające. Rp. Butyri cacao 3,5 (56 gn.)+antipyrini 0,5 (8 gn.) + cocaini muriat. 0,1 ($1^3/_5$ gn.) f. supp. I. Wystarczy jednak na jeden czopek 0,05 ($^4/_5$ gn.) kokainy. Zamiast czopków można przy rozległem swędzeniu okolicy odbytu użyć maści według przepisu: Rp. Cocaini hydrochlorici 0,25 (4 gn.) + Lanolini puriss. 30,0 (1 unc.) albo Vasselini puriss. 20,0 (5 dr.)+flores sulfuris depurati 5,0 ($1^1/_3$ dr.).

W celu zmniejszenia guzów krwawnicowych polecane bywają domowe kąpiele nasiadowe z wody zimnej (14—16° C.). A ze zdrojowisk najwięcej zalecane bywają: Marienbad, Karlsbad, Tarasp. Jeżeli guzy krwawnicowe są uporczywe, powiększają się, sprowadzają prolapsus ani, należy przystąpić do usunięcia ich przez wytworzenie skrzepu krwi w nich. Lange (*Verhandl. d. XVI Congresses d. D. Gesell. f. Chirurgie*) wstrzykuje w tym celu przy zachowaniu wszelkich przezorności antyseptycznych z obawy przed możliwem zakażeniem, do każdego guza 2—3 krople rozczynu z jednej części kw. karbolowego na 2—10 gliceryny. Ed. Swinford's (*D. Med. Zeitung* 1888. Nr. 16) robi jednorazowe wstrzykiwania z 2—3 kropel mięszaniny: Rp. Ac. carbolici 0,8 ($12^4/_5$ gn.)+Glycerini+aq. dest. aa 4,0 (1 dr.). W 14 dniach po wstrzyknięciu guzy znikały. Zamiast kw. karbolowego radzi Thomas (*Zeitschr. f. Ther.* 1887. Nr. 22) wstrzykiwanie extract. secalis cornuti liquidum do guzów. W celu znieczulenia przy tych zabiegach dobrze jest powlec wprzód guzy rozczynem kokainy, i dodać jej także do cieczy wstrzykiwanej.

Krwotoki krwawnicowe powstają z guzów krwawnicowych albo dobrowolnie, albo najczęściej po użyciu leku drastycznego, lub ostrych lawatyw wypróżniających. Nawet lawatywami odżywczemi z peptonów, zawierających zwykle znaczniejszą ilość soli kuchennej, można bardzo łatwo wywołać krwotok u osób cierpiących na guzy krwawnicowe a w razie istnienia cier-

pienia żołądkowego takowe pogorszyć *). Nim przystąpi się do leczenia krwotoku wrzekomo krwawnicowego, należy się przez miejscowe badanie naocznie przekonać, czy on pochodzi rzeczywiście z guzów krwawnicowych, czyli też z innej przyczyny. U osób krwistych dobrze odżywionych można przy miernych krwotokach krwawnicowych zająć przez pewien czas stanowisko wyczekujące, u osób zaś źle odżywionych należy obok leczenia guzów zastosować bezpośrednie leczenie przeciw krwotokom samym, aczkolwiek najczęściej bywają one tylko kapilarnymi. Ja widziałem dobre skutki z następującego postępowania leczniczego: Przykładanie płatków maczanych w zimnej wodzie Goularda 4—6 razy na dzień i równoczesne zakładanie dwóch czopków dziennie według przepisu. Rp. Ergotini + Jodoformii aa 0,25 (4 gn.)+Plumbi acet. 0,1 ($1^3/_5$ gn.)+Cocaini muriat. 0,03—0,05 ($^1/_2$—$^4/_5$ gn.)+Butyri Cacao 5,0 ($1^1/_3$ dr.) M. f. supp. I, przestrzegając oddawania stolca co drugi dzień. W tym celu zażywa chory w dniu, kiedy ma nastąpić stolec, powyżej podany proszek w ilości 1—2 łyżeczek, potem zakłada się czopek z extr. belladonae (0,03 = $^1/_2$ gn.) a kiedy zaczyna nadchodzić parcie bierze się lawatywę z $^1/_2$ litra zimnej wody. U osób które na ten skomplikowany zabieg przystać nie chciały, wywoływałem stolec z dobrym skutkiem przez założenie wydrążonego czopka z masła kakaowego wypełnionego, 2—3 (32—48 gn.) gliceryny i 0.25 (4 gn.) jodoformu. Do powstrzymania krwotoku bywają jeszcze polecane roztczyny z alumen crudum, tanninum, decoctum cort. chinae, ferrum sesquichloratum i t. p. Lecz tych co najwięcej do obmycia zewnętrznych guzów użyć można, gdyż w postaci lawatyw sprawiają silne parcie na stolec i przyczyniają się tylko do zwiększenia krwotoków. W nowszych czasach bywa z kilku stron polecane przeciw krwotokom krwawnicowym extractum fluidum Hydrastis canadensis 3 razy dziennie po 30 kropel (Schatz, Fellner), a jeszcze więcej extractum fluidum Hamamelis virginicae (Tison, A. Bianchi) po 1—2 łyżeczek dziennie (Witschasel), albo jako tinctura Hamamelis virginicae po 5—10 kropli dziennie; w czopkach zaś po 0,1 (2 gn.) extr. Hamamelis spirituosum, po dwa dziennie, albo wreszcie w postaci maści: 4,0 (1 dr.) wyciągu na 30 (1 unc.) waseliny lub tyleż gliceryny z dodatkiem skrobii. Hamamelinum (suchy wyciąg) zapisuje się po 0,05—0,15 (1—3 gn.) na pigułkę, lub w czopkach po 0,05 (1 gn.). We wrzodach krwawnicowych widział Schreiber w pół godziny po zasypywaniu sproszkowanym antypirynem ustawanie bolesności, a po powtarzaniu tego zabiegu przez kilkanaście dni przyśpieszenie gojenia się wrzodów. W tym samym celu używano dotąd zasypywań z zincum oxydatum, talcum, amylum i t. p.

---

*) Dlatego zamiast wszelkiego rodzaju lawatyw peptonowych należy użyć w ogóle, jako odżywczych lawatyw łatwo wessalnych: mleka słodkiego świeżo przegotowanego w ilości jednej szklanki z dodatkiem kawałka cukru i jaja ubitego, a tylko w razie koniecznej potrzeby dodać łyżeczkę koniaku lub wina czerwonego. Lawatywy odżywcze stosuje się raz a co najwięcej dwa razy dziennie. Jeżeli chorzy nie są w stanie ich zatrzymać, dodaje się 5—10 kropli *tinctura opii simplex.* Krew odwłókniona może być również uważana jako niedrażniąca lawatywa odżywcza. Rozumie się, że przy wprowadzaniu lawatyw wobec guzów krwawnicowych należy zachować ostrożność, aby ich kaniulą nie przebić.

Jeżeli krwotoki nie ustępują, a małokrwistość staje się coraz wybitniejszą, należy doradzać zabiegu chirurgicznego.

LII. Sprawozdanie z ważniejszych ostatnich prac z zakresu dyagnostyki i terapii.

1. J. Boas. *Ein neues Reagens für den Nachweis freier Salzsäure im Mageninhalte.* (*Centralbl. f. klin. Med.* 1888. Nr. 45). Autor używa w celu wykrycia wolnego kw. solnego rozczynu utworzonego według przepisu: Rp. Resorcini resublim. 5,0+Sacchari 3,0+Spiritus diluti 100,0. Daje się na płytkę porcelanową pięć lub mniej kropli treści żołądkowej i 2—3 kropel powyższego odczynnika, ogrzewa ostrożnie nad płomieniem lampy, to występuje po zupełnem odparowaniu zabarwienie różowe lub cynobrowo-czerwone, jak to opisano przy próbie wanilinowo-floraglucynowej Günzburga (p. ust. XXIV str. 59). (Próby przedsiębrane z tym odczynnikiem wykazały, że jest nieco mniej czułym, niż odczynnik Günzburga, gdyż zabarwienie szybciej przemija i jest mniej wybitne. Lecz ma on tę dogodność, że jego składników w każdej aptece nabyć można J.).

2. A. Puławski. Przyczynek do rozpoznawczej wartości kw. solnego. (Gaz. Lek. 1889. Nr. 1, 3). U 51-letniego chorego na podstawie obecności sokotoku żołądkowego rozpoznano istnienie wrzodu odźwiernika, gdy tymczasem sekcya wykazała zaciśnięcie odźwiernika od zewnątrz przez rozrosłe na otrzewnej guzy rakowe, które okazały się jako przerzuty, wychodzące od rozległego raka jelita ślepego. U 42-letniego chorego zaś, gdzie na podstawie obecności wolnego kw. solnego rozpoznano również wrzód odźwiernika, po wykonaniu laparotomii próbnej zmieniono rozpoznanie na raka odźwiernika. Sekcya jednak wykazała pomimo to obecność rozległego wrzodu żołądka wobec powiększenia gruczołów limfatycznych w sieci, które właśnie znalezione podczas laparotomii były przyczyną mylnego rozpoznania. (Wynika stąd, że na podstawie obecności wolnego kw. solnego w treści żołądkowej wykluczyć można tylko istnienie pierwotnego raka żołądka rozwijającego się w ścianach jego. Nie można zaś tego uczynić wobec raka przerzutowego lub przechodzącego od zewnątrz na żołądek, gdyż w tych przypadkach błona śluzowa żołądka jest jeszcze zupełnie zdrowa, jej czynność przeto prawidłową J.).

3. G. Klemperer. *Ueber die motorische Thätigkeit des menschlichen Magens.* (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1888. Nr. 47). Autor bada czynność mechaniczną żołądka wprowadzając do niego naczczo 105 gm. oliwy i aspirując po 2 godzinach. Po tym czasie wydalał żołądek w stanie prawidłowym 70—80 gm. oliwy do jelit. Na podstawie tych prób dochodzi autor do wniosku, że najważniejszą czynnością żołądka jest siła motoryczna, a jeżeli ta jest utrzymaną, to pomimo, że chemizm trawienia może być upośledzony, niema jeszcze przypadłości ze strony żołądka. Do podobnych wyników doszli w swych pracach Jaworski i Gluziński jeszcze w r. 1884 (*Zeitschr. f. klin. Med.* XI. H. 2, 3). Klemperer dostrzegał że wyskok wprowadzony do żołądka z oliwą przyśpieszał jej wydalanie.

4. Bruner Władysław. O czynności ruchowej żołądka (Gaz. Lek. 1889. Nr. 2, 3). Autor powtarzając w klinice Riegla doświadczenia Ewalda i Sieversa ze salolem (p. ust. XVIII str. 40) na zdrowych i chorych, dostrzegł, że wyniki próby salolowej bywają niejednostajne. A mianowicie, że pojawienie się oddziaływania z chlorkiem żelazowym w moczu waha u jednej i tej samej osoby w różnych dniach nawet w granicach 40—100 minut, że np. w zdrowym żołądku, który w 5 godzin po obiedzie próbnym okazał się wypróżnionym, oddziaływanie w moczu pojawiało się dopiero po 2 godzinach. Natomiast u chorych z rakiem albo z nieżytem, u których jeszcze znaczna ilość treści po obiedzie próbnym pozostawała, oddziaływanie w moczu można było dostrzec już po 40—50 minutach. Podobne wahania, szczegółowo jednak nieprzytoczone, dostrzegał Bruner i przy stosowaniu próby z oliwą, podanej przez Klemperera. Dlatego dochodzi autor do wniosku, że najlepszy sposób przybliżonego ocenienia zdolności wydalania treści z żołądka, jest badanie tegoż w 5 godzin po obiedzie próbnym.

5. Haeberlin Hermann. *Ueber den Haemoglobingehalt des Blutes bei Magenkrebs.* (*Münchener med. Wochenschr.* 1888. Nr. 22). Autor znalazł w 13 przypadkach raka żołądka, badanych za życia znaczne zmniejszenie hemoglobinu we krwi, i przychodzi do wniosku, że jeżeli ilość hemoglobinu przewyższa 60%, wyjątkowo tylko można przypuszczać obecność raka żołądka Znaczne zmniejszenie hemoglobinu we krwi może stanowić przeciwwskazanie do krwawych zabiegów operacyjnych, gdyż np. Laker (*Wiener med. Wochenschr.* 1886. Nr. 28) twierdzi, że jeżeli ilość hemoglobinu we krwi nie dosięga 30%, krwawy zabieg operacyjny nie daje szansy wyzdrowienia.

6. E. G. Johnson. *Studien über das Vorkommen des Labfermentes im Magen des Menschen unter pathologischen Verhältnissen.* (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1888 XIV. H. 3. p. 240).

7. J. Boas. *Untersuchungen über das Labferment und Labzymogen im gesunden und Kranken Magen.* Ibid. p. 249.

8. G. Klemperer. *Die diagnostische Verwerthbarkeit des Labferments.* Ibidem pag. 280.

Wszystkie trzy prace dotyczą badań treści żołądkowej co do fermentu ścinającego sernik w mleku, wykrytego i opisanego dokładnie jeszcze w r. 1872 przez szwedzkiego fizyologa Hammarstena (*Jahresberichte f. Thierchemie von Maly.* Bd. II, IV). W żołądku ludzkim znajduje się w stanie prawidłowym ferment sernikowy przygotowawczy (Labzymogen, Labenzym) ścinający mleko z roztworu alkalicznego wobec chlorku wapniowego, jako też z niego w obec kw. solnego *) wytwarzający się ferment właściwy sernikowy (Labferment), ścinający mleko w roztworze obojętnym. Próba na właściwy ferment sernikowy (p. ust. XXIV

*) W jednym przypadku raka żołądka, w którym stale znajdował się ferment przygotowawczy (zymogen), a który nie wykazywał właściwego fermentu sernikowego, nie udało mnie się ani razu zamienić zymogenu zapomocą kw. solnego na ferment sernikowy. Przypadek ten opisany będzie wkrótce w Przeglądzie Lekarskim (J.).

str. 61) wykonywa się według Klemperera w ten sposób, że 2 cm.³ z przesączu treści żołądkowej wyczerpniętej na szczycie trawienia po zobojętnieniu (lecz nie zalkalizowaniu) ługiem sodowym dolewa się do 10 cm.³ zobojętnionego gotowanego mleka i pozostawia w rurce odczynnikowej przy 40° C. W razie obecności fermentu sernikowego powstaje co najpóźniej w przeciągu pół godziny jednolity skrzep galaretowaty (nie strzępiasty), trudno dający się wylać. W celu wykazania zaś obecności zymogenu zobojętnia się przesącz 1% rozczynem węglanu sodowego d o o d d z i a ł y w a n i a a l k a l i c z n e g o i dodaje się 2 cm.³ tegoż do 10 cm.³ mleka, a nadto wlewa jeszcze 2 cm.³, 3% rozczynu chlorku wapniowego (*calcaria muriatica*), to przy 40° C. powstaje taki sam skrzep co najpóźniej w pół godziny. W przypadkach upośledzonego wydzielania kw. solnego i pepsyny krzepnięcie sernika się opóźnia. Zymogen znajdowali autorowie stale w żołądkach ludzkich z w y j ą t k i e m z a n i k u b ł o n y ś l u z o w e j, fermentu zaś właściwego sernikowego nie znajdowano oprócz w zaniku błony śluzowej jeszcze w p r z y p a d k a c h r a k a ż o ł ą d k a (Johnson). (Ja nie mogłem go w jednym przypadku operowanego raka żołądka otrzymać nawet z treści żołądkowej aspirowanej w pół godziny po wlaniu 200 cm.³ $^{1}/_{10}$ norm. HCl, chociaż zymogen stale we wszystkich próbach się pojawiał. J.). Klemperer zauważył, że osoby które mleka nie znosiły, a mianowicie dostawały po jego użyciu biegunki, mogły takowe spożywać bez dolegliwości, jeżeli dodano do niego *aq. calcis*, *calcaria carbonica*, albo lepiej jeszcze *calcaria muriatica*, i tłumaczy to tem, że przez te dodatki zapobiega się, aby mleko nieskrzepnięte nie przechodziło do jelit, wskutek zaś skrzepnięcia długo się w żołądku zatrzymuje, przyczem kwasy organiczne przez sole wapniowe zostają pochłonięte i fermentacya kwaśna łatwiej powstrzymaną zostaje.

9. Hans Leo. *Ueber die Function des normalen und kranken Magens und die therapeutischen Erfolge der Magenausspülung im Säuglingsalter*. (*Berl. klin. Wochensch.* 1888. Nr. 49). Z tej w pierwszym rzędzie dla pedyatrów interesującej rozprawy, wypracowanej na podstawie sondowania 134 oseskòw, wyjmujemy tylko s p o s ó b d o c h o d z e n i a a u t o r a f e r m e n t u s e r n i k o w e g o, który okazuje się wielce praktycznym: Bierze się dwie próby mleka s u r o w e g o po 10 cm.³ Do jednej daje 3—5 kropel treści żołądkowej (niezobojętnionej, niesączonej), a do drugiej kontrolnej niczego, i pozostawia obiedwie przy 40° C. Skrzepnięcie występuje tak samo, jak przy postępowaniu Boasa i Klemperera. Jeżeli skrzepnięcie jest wątpliwe, to robi autor drugą próbę, dodając do próbki według rady Hammarstena jeszcze rozczynu chlorku wapniowego. Leo wychodzi przy swem postępowaniu z tego założenia, że sernik, a względnie mleko samo utaja znaczną ilość kw. solnego, a surowe mleko dziesięć razy szybciej się ścina, niż gotowane, stąd i użyta ilość soku żołądkowego może być niezobojętnioną i małą. (Znalazłem że postępowanie autora jest dogodnem, a w celach praktycznych może wystarczyć. J.). Leo przychodzi na podstawie doświadczeń na oseskach, do zapatrywań już dawno przez Jaworskiego i Gluzińskiego wypowiedzianych, że peptonizacya (mleka w żołądku dziecięcym, Leo) ma podrzędne znaczenie, a żołądek służy tylko jako miejsce przechowujące pokarmy (*Aufbewahrungsort*, Leo) dla jelit.

10. Germain Sée. *Les maladies de l'estomac jugées par un nouveau reactif.* (*Académie de Médecine à Paris* 17. I 1888). Autor sprawdził metodę białkową Gluzińskiego i Jaworskiego jakoteż wartość odczynnika Günzburga, i przychodzi do tego samego zapatrywania na choroby żołądka i do podobnego ich podziału, jaki w powyższych ustępach się znajduje. Zwraca jednak uwagę na to, że i przy prawidłowym chemizmie żołądka mogą się pojawiać przypadłości żołądkowe, jeżeli istnieją zaburzenia trawienia ze strony jelit (*dyspepsie iléocoecale*).

11. Matthieu et Durand-Fardel. *L'hyperchlorhydrie et l'atonie de l'estomac.* (*Académie de Médecine à Paris* 1. Mai 1888). Autorowie badając 13 przypadków rozstrzeni żołądka znaleźli podwyższoną kwasotę treści żołądkowej nawet do 5 p. m. HCl i dochodzą do wniosku, że nadmierne wydzielanie kw. solnego wywołało tu następowo rozstrzeń (p. ust. XVII str. 33, 34).

12. Theodor Rosenheim. *Ueber atrophische Processe an der Magenschleimhaut und ihrer Beziehung zum Carcinom und als selbständige Erkrankung.* (*Berl. klin. Wochenschr.* 1888. Nr. 51, 52). Na podstawie klinicznych i mikroskopowo-anatomicznych badań 16 przypadków dochodzi autor zgodnie ze spostrzeżeniami Korczyńskiego i Jaworskiego ogłoszonemi jeszcze r. 1886 (*Deutsche med. Wochensch.* Nr. 47—49),—do wniosku, że przyczyną braku wolnego kw. solnego w treści żołądkowej w raku jest nieżyt albo zanik błony śluzowej żołądka, następnie, że z nieżytu śluzowego żołądka rozwija się zanik błony śluzowej, a w tych przypadkach należy żołądek uważać jako rezerwoar na pokarmy.

13. G. Meyer. *Ueber Magenphthise.* (*Verhandl. des Vereins f. innere Medicin in Berlin* 15. October 1888. *D. med. Wochenschr.* 1888. Nr. 44). Powyższej nazwy używa prelegent zamiast wyrazu zaniku błony śluzowej lub nieżytu zanikowego, którego Jaworski użył, aby naznaczyć, że sprawa chorobowa wytworzyła się następowo z nieżytu śluzowego żołądka, z czem się Meyer zgadza. Nazwa phthisis ma być z tego powodu odpowiedniejszą, że w przedstawionych przez prelegenta preparatach mikroskopowych gruczoły i włókna mięsne błony śluzowej zastąpione są w zupełności zbitą warstwą tkanko-łącznową.

14. K. Wagner. *Materiały k kliniczeskomu izuczeniu kolebanii w swojstwach żełudocznago soka. Dissertacia. S.-Peterburg* 1888 (z kliniki prof. Manasseina). Autor wykonywał doświadczenia na 11 osobach w ten sposób, że podawał im naczczo pokarmy, potem polecał im przez 2 godziny raz spokojnie siedzieć, drugi raz ciężko pracować (np. rąbać drzewo, do zmęczenia chodzić), a trzeci raz spać. Poczem wyciągał treść z żołądka i badał. Okazało się, że trawienie (szczególniej wydzielanie kw. solnego) było upośledzone—lecz n i e w e w s z y s t k i c h d o ś w i a d c z e n i a c h—podczas c i ę ż k i e j p r a c y i s n u. Spoczynek poobiedny (siedzenie, nieznaczne ruchy ciała) chemizm trawienia, zwłaszcza wydzielanie soku żołądkowego przyspieszał (p. ust. XXXVIII str. 95).

15. Günther Dr. *Zur Behandlung der Hyperemesis Gravidarum.* (*Centralbl. f. Gynäk.* Nr. 29. i *Zeitschrift f. Therapie.* Nr. 16 1888). W 5 przypadkach uporczywych wymiotów u ciężarnych, ustąpiły wymioty w czterech dniach po użyciu p r ą d u g a l w a n i c z n e g o, stosowanego w następujący sposób. Anodę przykładał Günther do części pochwowej i sąsiedniego sklepienia, katodę zaś o rozmiarach 10:20 cm. na okolicę od 8-go do 12-go kręgu lędźwiowe-

go. Prąd utrzymywano jednostajnie a natężenie jego mierzone zapomocą galwanometru EDELMANNA wynosiło przy użyciu reostatu przeciętnie 3, a nigdy więcej niż 5 M. A. Trwanie posiedzenia 7—10 minut. (Wartość tego zabiegu wyjaśni może następna praca. J.).

16. JERZYKOWSKI Stanisław. O rzadszych powikłaniach ciąży ze względu na system trawienia. (Gaz. Lek. 1888. Nr. 49). Autor przytacza ze swej praktyki dwa przypadki uporczywych wymiotów u ciężarnych, które ustąpiły pod wpływem wrażeń psychicznych. W jednym przypadku nastąpił zwrot pomyślny wskutek tego, że chora po zbadaniu lekarskiem dowiedziała się z wielkim dla siebie smutkiem, że jest w ciąży, a w drugim, że chorej oświadczono, że na drugi dzień ma być wywołane sztuczne poronienie.

17. FLASHAR Dr. (*Allgem. Med. Central-Ztg* 1888. Nr. 55. *Therap. Monatshefte* 1888. H. 8 p. 400) uśmierza krwotoki żołądkowe przez podanie do picia tak gorącej wody, jaką znieść można w ilości $^1/_2$—$^3/_4$ szklanki. Przez to ma się szybko skrzep wytworzyć. (Należy wyczekiwać sprawdzenia skuteczności tego lekowania. J.).

18. HIRSCH MARCUS. *Ueber subcutane Bluttransfusion nach der v. Ziemssenschen Methode.* (*Berlin. klin. Wochschr.* 1888. Nr. 39). Ze względu na ważność tego ostatniego środka przeciw ostrej anemii wśród lub po krwotoku żołądka przytaczam szczegóły z tej rozprawy, jako dopełnienie do ust. XV str. 30. Transfuzyą krwi zwierzęcej wprost do naczyń człowieka uważa BERGMANN nietylko za zabieg bezcelowy, ale i wprost szkodliwy, gdyż krew wstrzyknięta do naczyń nie zostaje przyswojoną, a nadto niszczy jeszcze pozostałe ciałka czerwone we krwi chorego. Natomiast jedynie racyonalnym, a skutecznym zabiegiem może być infuzya rozczynu soli kuchennej według SAMUELA, aby utrzymywać jeszcze akcyą na próżno pracującego serca. W tym celu wprowadza się przez kaniulę przymocowaną zapomocą drenu do lejka 1—1$^1/_2$ litra ciepłego (40° C.) rozczynu składającego się z 6$^0/_{00}$ soli kuchennej i 1$^0/_{00}$ węglanu sodowego, do vena mediana lub basilica, wyszukawszy i naciąwszy ją podobnie, jak do upustu krwi. Niektórzy autorowie dodają do powyższego rozczynu środków pożywnych lub podniecających: LANDERER 3—5$^0/_0$ odwłóknionej krwi zwierzęcej, albo 3$^0/_0$ cukru trzcinowego, KEPPLER 10 gm. wyskoku. Infuzya musi być ze wszystkiemi ostrożnościami aseptycznemi wykonaną. Można jednak krew z pożytkiem dla ustroju wprowadzać, wstrzykując ją podskórnie według metody Ziemssena: Upuszcza się ofiarującemu na ten cel człowiekowi krew z vena mediana w ilości 250—300 cm.^{3}, odwłóknia przez kłócenie przy 40° C., i zapomocą strzykawki o 25 cm.^{3} pojemności wstrzykuje się podskórnie w uda; miejsca wstrzyknięcia mięsi się w kierunku przebiegu naczyń a dla uśmierzenia bolesności przykłada worek lodowy. Uskuteczniwszy na jednem posiedzeniu 6—10 nakłóć można kilka strzykawek (razem około 250 cm.^{3}) krwi podskórnie wprowadzić. Czynność cała musi być ściśle aseptycznie wykonaną. HIRSCH probował tego rękoczynu w czterech przypadkach silnej małokrwistości: w trzech był skutek trwały a w jednym przemijający.

19. Rainsford (*The Lancet* p. 3401 z r. 1888 ref. *Wien. klin. Wochenschrift* 1888. Nr. 38) użył z powodzeniem u położnicy przy bardzo ostrej anemii wskutek krwotoku macicznego, wobec niemożności zrobienia infuzyi solnej do żyły, lawatywy z ciepłego rozczynu soli kuchennej wprowadzając po 50—100 cm.³ rozczynu co 10 minut. Chora po dwóch godzinach przyszła do przytomności i wyzdrowiała. (Dla uniknięcia drażnienia jelita rozczyny solne mogą dochodzić co najwięcej do zgęszczenia 1%. J.).

20. Obaliński i Jaworski. Przypadek resekcyi odźwiernika rakowato zwyrodniałego oraz spostrzeżenia nad czynnością żołądka po wyzdrowieniu z tej operacyi. (Nowiny Lekarskie 1889. Nr. 1).

21. Rydygier i Jaworski. Przypadek gastroenterostomii z powodu raka odźwiernika. Badanie czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu. (Odczyt w Tow. Lek. Krak. z d. 6 II 1889). Z prac tych jako też z dyskusyi odbytej w Tow. Lek. Krak. nad zabiegami operacyjnemi w przebiegu raka żołądka wynika: a) że pierwotny rak żołądka rozwija się w narządzie przez nieżyt lub zanik błony śluzowej zajętym; b) że te sprawy chorobowe sprzyjają rozwojowi ognisk rakowych; c) że oprócz makroskopowo widzialnego guza bywają rozsiane ogniska rakowe w odległych miejscach błony podśluzowej żołądka (Hempel), stąd też i wrzekome przerzuty po wycięciu makroskopowego guza są nieuniknione, jak o tem i statystyka resekcyi raka żołądka świadczy; d) że ilość hemoglobinu w raku żołądka jest znacznie zmniejszoną, przez co szanse wyzdrowienia po zabiegu krwawym są mniej korzystne, niż w innych chorobach; e) że początkujący rak żołądka usuwa się obecnie jeszcze zupełnie rozpoznaniu, a chorzy na laparatomią próbną się nie zgadzają; w obec tych okoliczności muszą się dostać w ręce chirugów tylko przypadki późniejszego okresu rozwoju nowotworu; f) że przez wycięcie odźwiernika przez raka zaciśniętego, ani chemizmu ani mechanizmu trawienia do stanu prawidłowego przywrócić nie można, przeto resekcya odźwiernika rakiem zaciśniętego musi być uważaną jako zabieg symptomatyczny; g) że w zaciśnięciu odźwiernika przez raka, dającym się już rozpoznać przez objawy kliniczne, należy tak ze względów wyżej przytoczonych, jakoteż ze względu na mniejszą cyfrę śmiertelności pooperacyjnej zadowolić się gastroenterostomią, która sprawia choremu dostateczną symptomatyczną ulgę do samego końca jego krótkiego życia, a może być z wiele mniejszem niebezpieczeństwem dla życia wykonaną, niż całkowita resekcya odźwiernika; g) że resekcya odźwiernika jest jako radykalnie lecząca operacya wskazaną w bliznowatych zaciśnięciach po wrzodzie, jeżeli chory jeszcze jest przynajmniej miernie odżywiony.

22. Matlakowski Władysław. Przyczynek do chirurgii żołądka (Gaz. Lek. 1889. Nr. 5 i t. d.). Z pracy tej, w szczególności kol. chirurgów interesującej bo opisującej 2 przypadki resekcyi odźwiernika, 2 przypadki gastroenterostomii, 2 przypadki gastrostomii i 3 laparotomie próbne, wykonane przez autora, należy podnieść trafną jego uwagę, że należałoby „przy

najsłabszem podejrzeniu raka żołądka natychmiast nakłaniać chorego do operacyi, do laparotomii próbnej, a w razie potwierdzenia rozpoznania do wycięcia nowotworu". (Czy postępowanie i według tej rady nie będzie spóźnionem, może tylko przyszłość okazać. J.).

Słowo końcowe.

Pierwsze ustępy powyższej pracy zostały ogłoszone zeszłego roku w łamach „Medycyny" warszawskiej w tym jeszcze czasie, kiedy w żadnym języku nie pojawiła się monografia o chorobach żołądka, która by była opartą na wynikach tak licznych prac lat ostatnich, w tym przedmiocie. Przewodnia myśl, jaką się przy układaniu niniejszej pracy kierowałem była ta, aby w systematyczny i treściwy, a dla praktycznego lekarza dogodny sposób przedstawić choroby żołądka ze stanowiska najnowszych zdobyczy doświadczalnych i klinicznych. Bez wdawania się w jakąkolwiek osobistą polemikę, szpecącą tak często niepotrzebnie naukowe prace w ostatnich latach, a przestrzegając zasady „*Suum cuique*", starałem się przedstawić przedmiotowo ścierające się poglądy, wykazując ich korzystne i ujemne strony, a oraz ich znaczenie w zastosowaniu praktycznem. Chcąc jednak wtłoczyć cały materyał w ramy jak najciaśniejsze, mogłem to uczynić tylko w sposób jak najbardziej zwięzły, a dla praktycznego lekarza wystarczający.

Jako korzystną okoliczność dla niniejszej pracy uważam tą, że mogłem ją oprzeć w pierwszym rzędzie na naszej literaturze lekarskiej, która w kierunku patologii trawienia, pod niejednym względem wyprzedziła inne. A okoliczność ta ma swoje znaczenie praktyczne. Jak każda narodowość ma swoje właściwości kulinarne, tak i posiada pewne odrębności w chorobach żołądka. Sposób żywienia i zajęcia, jako też klimat wielce wpływają na charakter i częstość pewnych postaci chorobowych żołądka. U ludności niemieckiej, nadużywającej piwa okazuje się skłonność do powstawania nieżytu śluzowego, u ludności naszej używającej ostrzejszych napojów a mniej strawnych pokarmów napotykamy częściej nieżyt kwaśny. Przemysłowy Amerykanin, handlujący Izraelita skłania się do nerwic żołądka przeważnie pod formą depresyjną przebiegających, podczas gdy u południowych ludów przybierają te nerwice postać podrażnienia nerwowego. Nie wynika jednak stąd, abym pominął coś ważniejszego z literatury innych języków, jak o tem mógł się przekonać Szanowny Czytelnik z każdego ustępu niniejszej pracy.

Nie mniej i materyjał chorobowy, na którym niniejsza praca została osnuta jest swojski, a nie zapożyczony. To też znajdzie w niem praktyk znane mu obrazy chorobowe, niedogadzającego sobie wieśniaka, oszczędnego Izraelity, dostatnio żyjącego obywatela jako też innych naszych typów społecznych. . Że w ten sposób mogłem zestawić pracę i nadać jej piętno swoj-

skie, to przypisać należy wielkiemu materyałowi, który dzięki skutecznej pomocy i naukowym radom Szanownego Profesora Korczyńskiego na jego klinice z biegiem czasu udało mnie się nagromadzić. Jeżeli niniejsza praca przedstawia wyraz naukowy dla owego obfitego materyjału, i z niego wyłonionego kierunku jakoteż poglądów patologicznych i terapeutycznych kliniki krakowskiej, to ona musi być uważaną jako zbiorowa, powstała ze życzliwej pomocy wielu Kolegów, którzy bądź pracowali, bądź jeszcze pracują z inicyatywy i zachęty Szanownego Profesora Korczyńskiego w klinice lekarskiej. W pierwszym rzędzie należy podnieść udział mego kilkakrotnego Współpracownika Szanownego Kolegi Docenta A. Gluzińskiego. A następnie wypada mnie podziękować za wielce koleżeńskie udzielanie swych trafnych obserwacyj i zwracanie uwagi na stasowny materyał kolegom asystentom klinicznym Drom Prusowi, Surzyckiemu i Buzdyganowi, jako też kolegom pracownikom klinicznym w ten sam sposób mnie życzliwie wspierającym D-rom: Kijasowi, Hemplowi, Rosenzweigowi i Kaczorowskiemu.

W dzisiejszych czasach uważałem za potrzebne umieścić także wzmiankę o zabiegach chirurgicznych, które lekarz niejednokrotnie chorym w przebiegu chorób żołądka zalecać musi, chcąc niejeden przypadek ochronić od niechybnej śmierci. Uczyniłem to tem chętniej, że dotyczący artykuł (XXI). zastosowany do potrzeb internistów mogłem uzyskać z pióra jednego z pierwszych inicyatorów chirurgii żołądka Szanownego Dziekana Profesora Rydygiera.

Sądziłem również, że dla lekarza praktycznego, uwagi co do leczenia chorób często towarzyszących cierpieniom żołądka będą bardzo pożądanemi. Dla tego uważałem za stosowne umieścić w osobnym dodatku ustępy o leczeniu niedowładu jelit, o guzach i krwotokach krwawnicowych, jako też o skutkach nadużywania leków specyficznych i tajemnych.

Nie mogę zakończyć niniejszego przemówienia do Szanownego Czytelnika, aby nie zwrócić Jego uwagi, że w klinicznej patologii żołądka mamy niemało jeszcze braków, które powstały z jednej strony stąd, że badanie kliniczne nie idzie obecnie równorzędnie z badaniem anatomicznem, ale wyprzedziło to ostatnie, a z drugiej strony, że zależność pojedynczych czynności żołądka od układu nerwowego w szczegółach swych jest w znacznej części jeszcze ciemną. To też cel, który przyszli pracownicy w patologii żołądka i we farmakodynamice środków na oku mieć winni, powinien być ten, aby doświadczenia kliniczne łączyć z badaniem anatomicznem, następnie aby dla pojedynczych czynności żołądka starać się odnaleść kierujące niemi ośrodki nerwowe z ich przynależnemi drogami, a ostatecznie aby dotąd zbyt pospiesznie osiągnięte fakta i wyniki kliniczne ugruntować na licznej a bezstronnej statystyce.

W Krakowie w lutym 1889 r.

W. Jaworski.

SPIS ABECADŁOWY NAZWISK.

(Liczby oznaczają stronnice, a znaki w nawiasach użyte skrócenia nazwisk).

SPROSTOWANIE

znaczniejszych pomyłek.

str.	*wiersz*		*zamiast*	*czytaj*
2	3	od góry	35 gm. bułki (centowa bułka) i szklankę.	70 gm. bułki (dwucentowa bułka) i szklanki
2	5	„ „	1,460	1,825
4	15	od dołu	wrzącej	gorącej
5	5	od góry	Choroby przebiegające	Choroby nieżytowe przebiegające
6	3	od dołu	($^{1}/_{5}$ gn.)	($^{1}/_{3}$ gn.)
9	18	„ „	trwającego	trawiącego
13	8	„ „	centym.	centigm.
14	13	od góry	($^{4}/_{5}$ gn.)	($^{2}/_{3}$ gn.)
14	15	„ „	Choroby przewłoczne	Choroby nieżytowe przewłoczne
15	10	„ „	wydzielanie	wydalanie
15	3	od dołu	herba Centauri	herba Centaurii minoris
16	6	„ „	skąd	stąd
24	10	„ „	Z braku	Wobec braku
27	19	„ „	pod łukiem żebrowym lewym	poniżej łuku żebrowego lewego.
30	23	„ „	($^{1}/_{30}$ gn.)	($^{1}/_{3}$ gn.)
34	1	od góry	p. ustęp III.	p. ustęp VI.
36	20	od dołu	(1,6 gn.)	(16 gn.)
43	11	„ „	(Mankopff, Benzol, Naunyn)	(Mannkopff), benzol (Naunyn)
50	20	od góry	Resekcya żołądka	Resekcya odźwiernika
50	23	„ „	resekcyi żołądka	resekcyi odźwiernika
66	15	od dołu	samoistne obwodowe / centralne	samoistne { obwodowe / centralne
67	1	„ „	{ ale go nie wyklucza;	a wyklucza do
68	1	od góry	{ wyklucza do	
68	19 i 20	„ „	równocześnie na nerwicę i	z początku na nerwicę potem na
68	10 i 9	od dołu	faradyzowania; przykładając	faradyzowania, albo galwanizowania przykładając
68	7 i 6	„ „	wrażliwość albo i bolesność	wrażliwość ta jak i bolesność
73	25	„ „	ust. XXXVII	ust. XXXVIII
74	21	od góry	ustęp XXIX	ustęp XXX
77	17	„ „	ust. XIX 4.	str. 11 i 65
78	11	„ „	(32 gm.)	(32 gn.)
78	18	od dołu	czulnego	współczulnego
90	11	od góry	p. XXXIX	p. str. 100 i 101
91	17	od dołu	ust. XXXIX	str. 100, 101
103	3	od góry	2% kw. solnego	2% rozcieńczonego kw. solnego aptecznego.
112	1	od dołu	woda sodowa kwaśna	woda sodowa, zwłaszcza kw. solnym zakwaszona.
119	10	od góry	środków	napojów
121	3	od dołu	gazów	guzów

SPIS TREŚCI.

(Liczby zwyczajne oznaczają stronnice).

Nerwice żołądka.

Dodatek.

